



L.A. Care
Medicare Plus[™]
(HMO D-SNP)

Справочник участника на 2026 год

1 января 2026 года — 31 декабря 2026 года



План L.A. Medicare Plus (НМО D-SNP) *Справочник участника*

1 января 2026 года — 31 декабря 2026 года

Ваше страховое покрытие препаратов и медицинских услуг в рамках плана L.A. Care Health Plan

Справочник участника *Вводная информация*

В данном *справочнике участника*, также известном как *свидетельство страхового покрытия*, рассказывается о вашем страховом покрытии в рамках нашего плана до 31 декабря 2026 года. Здесь представлена информация об услугах здравоохранения, услугах по охране психического здоровья (психического здоровья и расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами), о покрытии рецептурных препаратов, а также о программе долгосрочного обслуживания и поддержки. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в **главе 12** данного *справочника участника*.

Это важный юридический документ. Храните его, пожалуйста, в надежном месте.

Когда в данном *справочнике участника* говорится «мы», «нас», или «наш план», имеется в виду план L.A. Care Medicare Plus.

Перевод данного документа доступен бесплатно на *арабском, армянском, китайском, пенджабском, хинди, хмонг, японском, корейском, лаосском, мьянском, камбоджийском, фарси, русском, испанском, тагальском, тайском, украинском и вьетнамском* языках.

Чтобы получить данный документ бесплатно в другом формате, например, крупным шрифтом, на языке Брайля или в аудио-формате, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.

- Вы можете попросить нас постоянно присылать вам информационные материалы на нужном языке или в нужном формате. Это называется «постоянный запрос». Мы учтем ваш постоянный запрос, и вам не придется отправлять отдельный запрос каждый раз, когда мы шлем вам какую-либо информацию. Чтобы получить этот документ на другом языке (отличном от английского) и/или в альтернативном формате, обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону (833) 522-3767, линия ТТУ: 711. Звонки принимаются круглосуточно,

OMB 0938-1444 (срок действия истекает 30 июня 2026 г.)



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org). 1

ежедневно, включая праздничные дни. Сотрудник отдела поможет вам составить или изменить постоянный запрос.

Уведомление о существовании услуг языковой поддержки и вспомогательных средств и услуг

- ❖ **ATTENTION:** If you need help in your language, call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). These services are free of charge.

❖ يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

- ❖ Հայերեն պիտակ (**Armenian**)
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:



❖ 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

❖ ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

❖ हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े फ़ॉन्ट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि:शुल्क हैं।

❖ Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



❖ 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

❖ 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

❖ ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໄດ້ທຽມເບິ່ງ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທັງປັນຍາສອນນັບແລະມາດຕະການໃຫຍ່ ໃຫ້ໄດ້ທຽມເບິ່ງ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



❖ **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Liouh lorx jauvlouc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

❖ **ឃ្លាសូម្បីជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជា អក្សរធុស្ត សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជា អក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិន គិតថ្លៃឡើយ។



❖ مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با
1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و
خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل
و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با
1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات
رایگان ارائه می‌شوند.

❖ Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на
вашем родном языке, звоните по номеру
1-833-522-3767 (TTY: 711). Также
предоставляются средства и услуги для
людей с ограниченными возможностями,
например документы крупным шрифтом
или шрифтом Брайля. Звоните по номеру
1-833-522-3767 (TTY: 711). Такие услуги
предоставляются бесплатно.

❖ Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al
1-833-522-3767 (TTY: 711). También ofrecemos
asistencia y servicios para personas con
discapacidades, como documentos en braille y con
letras grandes. Llame al **1-833-522-3767 (TTY: 711)**.
Estos servicios son gratuitos.



❖ **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**).

Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyonang ito.

❖ **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

❖ **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-833-522-3767 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-833-522-3767 (TTY: 711).** Ці послуги безкоштовні.



❖ **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-833-522-3767** (TTY: **711**).

Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí

Другие языки

- ❖ Вы можете получить данный *справочник участника* и другие материалы плана на других языках бесплатно. План L.A. Care Medicare Plus предоставляет документы, переведенные квалифицированными переводчиками. Звоните 1-833-522-3767 (линия TTY: 711). Звонок бесплатный. Обратитесь к данному *справочнику участника* для получения дополнительной информации об услугах языковой поддержки при медицинском обслуживании (включая услуги устного и письменного перевода).

Другие форматы

- ❖ Вы можете бесплатно получить этот документ в другом формате, например, напечатанный шрифтом Брайля, крупным шрифтом (20-й кегль), в виде аудиозаписи



или в удобных для восприятия электронных форматах (на цифровом носителе CD).
Звоните 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711).
Звонок бесплатный.

Услуги устного перевода

- ❖ План L.A. Care Medicare Plus круглосуточно и бесплатно предоставляет услуги квалифицированных устных переводчиков, в том числе, с языка глухонемых. Вам не нужно обращаться к родственникам или знакомым, если вам требуется переводчик. Мы не приветствуем привлечение несовершеннолетних для устного перевода, за исключением экстренных случаев. Услуги переводчика, лингвистические и культурные услуги предоставляются бесплатно. Помощь доступна круглосуточно и без выходных. Если вам нужна помощь на вашем языке, или вы хотите получить этот справочник участника на другом языке, позвоните по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711). Звонок бесплатный.



Содержание

Глава 1	Информация для новых участников плана	11
Глава 2.	Важные телефонные номера и ресурсы	27
Глава 3.	Использование покрытия плана для получения медицинского обслуживания и других входящих в покрытие услуг.....	55
Глава 4.	Таблица льгот	88
Глава 5.	Приобретение амбулаторных препаратов	183
Глава 6.	Сколько вы платите за рецептурные препараты по программам Medicare и Medi-Cal	210
Глава 7.	Как попросить нас оплатить нашу долю счета, который Вы получили за покрываемые услуги или препараты.....	228
Глава 8.	Ваши права и обязанности	236
Глава 9.	Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба (решение о предоставлении страхового покрытия, апелляции, жалобы)	260
Глава 10.	Завершение вашего участия в плане	325
Глава 11.	Правовые уведомления.....	337
Глава 12.	Определение важных понятий.....	342

Правовые оговорки

- ❖ План L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) — это план медицинского страхования, заключивший договор с программами Medicare и Medi-Cal с целью предоставления участникам льгот по обеим программам. Возможность регистрации в плане L.A. Care Medicare Plus зависит от продления договора.
- ❖ Льготы и/или доплаты могут изменяться с 1 января 2027 года.
- ❖ Перечень покрываемых нами препаратов, аптечная сеть и/или сеть поставщиков услуг могут измениться в любое время. Вы получите уведомление о любых изменениях, которые могут вас коснуться, как минимум за 30 дней



Глава 1. Информация для новых участников плана

Введение

Данная глава содержит информацию о плане L.A. Care Medicare Plus — плане медицинского страхования, который покрывает все ваши услуги по программе Medicare, координирует обслуживание, получаемое в рамках программ Medicare и Medi-Cal, а также ваше участие в них. Кроме того, в главе рассказывается, чего следует ожидать, и какую дополнительную информацию вы можете получить. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного *справочника участника*.

Содержание

- A. Добро пожаловать в наш план! 13
- B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal 13
 - B1. Medicare 13
 - B2. Medi-Cal 13
- C. Преимущества нашего плана 14
- D. Зона обслуживания нашего плана 15
- E. Что дает вам право стать участником плана 16
- F. Чего можно ожидать, когда вы впервые регистрируетесь в нашем плане медицинского страхования..... 16
- G. Ваша группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания..... 18
 - G1. Группа медицинского обслуживания..... 18
 - G2. План обслуживания..... 18



Н. Краткое изложение важных затрат	19
Н1. Страховой взнос по плану	19
Н2. Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare часть А и В	19
Н3. Страховой взнос за необязательные дополнительные льготы	20
Н4. Стоимость рецептурных препаратов в рамках программы Medicare	20
И. <i>Справочник участника</i>	20
Ж. Прочая важная для вас информация	21
Ж1. Ваша идентификационная карта участника	21
Ж2. <i>Справочник поставщиков услуг и аптек</i>	22
Ж3. <i>Перечень покрываемых препаратов</i>	23
Ж4. <i>Разъяснение страховых льгот</i>	24
К. Как поддерживать свою учетную запись в актуальном состоянии	24
К1. Конфиденциальность личной медицинской информации (PHI)	26



А. Добро пожаловать в наш план!

Наш план предоставляет услуги Medicare и Medi-Cal лицам, имеющим право на участие в обеих программах. Наш план является организацией, в которую входят врачи, больницы, аптеки, поставщики услуг по программе долгосрочного обслуживания и поддержки, поставщики услуг по охране психического здоровья и другие поставщики услуг. В нее также входят специалисты по управлению обслуживанием и группы медицинского обслуживания, которые помогут вам управлять работой ваших поставщиков и получением услуг. Благодаря их тесному взаимодействию вы будете получать оптимальное лечение и уход.

План L.A. Care Medicare Plus — это план программы Medicare Medi-Cal (план ММР или Medi-Medi), эксклюзивно разработанный для лиц с особыми медицинскими потребностями, которые имеют право на участие в двух программах страхования в рамках плана L.A. Care Health Plan.

План L.A. Care Health Plan — это общественная организация, которая официально называется «Местная инициатива органов здравоохранения округа Лос-Анджелес (Local Initiative Health Authority for Los Angeles County)». План L.A. Care Health Plan является независимым планом медицинского страхования, находящимся в общественном управлении и лицензированным штатом Калифорния. План L.A. Care Health Plan работает с врачами, клиниками, больницами и другими поставщиками услуг, чтобы предоставлять вам качественные услуги здравоохранения.

В. Информация о программах Medicare и Medi-Cal

В1. Medicare

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для:

- людей в возрасте 65 лет и старше,
- отдельных лиц в возрасте до 65 лет с определенными ограниченными возможностями **и**
- людей на терминальной стадии хронической почечной недостаточности (почечной недостаточностью).

В2. Medi-Cal

Medi-Cal — это название программы Medicaid в Калифорнии. Программа Medi-Cal проводится штатом и оплачивается штатом и федеральным правительством. Medi-Cal помогает людям с ограниченными доходом и средствами оплачивать



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

программу долгосрочного обслуживания и поддержки (Long-Term Services and Supports, LTSS), а также медицинские расходы. Она покрывает дополнительные услуги и препараты, не покрываемые Medicare.

Каждый штат решает:

- что считается доходом и средствами,
- кто подходит по критериям,
- какие услуги покрываются **и**
- сколько они стоят.

Штат может принимать решения о том, как вести их программы, при условии, что федеральные законы соблюдены.

Программа Medicare и штат Калифорния одобрили наш план. Вы можете получать услуги Medicare и Medi-Cal по нашему плану, если выполняются следующие условия:

- мы решили предложить участие в плане **и**
- программа Medicare и штат Калифорния дали нам разрешение и дальше предлагать данный план.

Даже если наш план перестанет функционировать в будущем, это не повлияет на ваше право на участие в программах Medicare и Medi-Cal.

С. Преимущества нашего плана

Теперь вы будете получать все услуги и препараты, покрываемые в рамках программ Medicare и Medi-Cal, через наш план. **Вам не нужно платить дополнительно за регистрацию в данном плане медицинского страхования.**

Мы помогаем сделать так, чтобы ваши льготы Medicare и Medi-Cal лучше сочетались друг с другом и работали для вас наилучшим образом. Некоторые из преимуществ включают:

- Вы можете сотрудничать с нами для удовлетворения **большинства** ваших потребностей в области здравоохранения.
- Вы будете состоять в группе медицинского обслуживания, которую вы поможете сформировать. Помимо вас, в вашу группу медицинского обслуживания могут входить: лицо, осуществляющее уход, врачи, медсестры, консультанты и другие медицинские работники.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

- Вам будет назначен специалист по управлению обслуживанием. Это человек, который сотрудничает с вами, с нашим планом и с вашей группой медицинского обслуживания с целью разработки плана медицинского обслуживания.
- При помощи группы и специалиста по управлению обслуживанием вы сможете руководить своим здравоохранением.
- Группа и специалист по управлению обслуживанием будут сотрудничать с вами при разработке плана медицинского обслуживания, отвечающего **вашим** потребностям в области здравоохранения. Группа медицинского обслуживания поможет скоординировать необходимые вам услуги. К примеру, это может значить, что группа медицинского обслуживания убедится в том, что:
 - ваши врачи знают, какие лекарства вы принимаете. Это позволит врачам убедиться, что вы принимаете правильные лекарства, и снизить вероятность возникновения каких-либо побочных эффектов;
 - результаты анализов получены всеми вашими врачами и поставщиками услуг, по необходимости.

Примечание для новых участников плана L.A. Care Medicare Plus: В

большинстве случаев вы будете зачислены в программу L.A. Care Medicare Plus для получения льгот Medicare в первый день месяца после подачи заявки на участие в L.A. Care Medicare Plus. Вы можете продолжать получать услуги L.A. Care Medi-Cal по вашему предыдущему плану медицинского страхования L.A. Care Medi-Cal ещё один месяц. После этого вы будете получать услуги по L.A. Care Medicare Plus. Перерывов в вашем страховом покрытии L.A. Care Medi-Cal не будет. Если у вас есть какие-либо вопросы, позвоните нам по номеру, указанному внизу страницы.

D. Зона обслуживания нашего плана

Зона нашего обслуживания включает следующие округа штата Калифорния и округ Лос-Анджелес.

Только люди, проживающие в нашей зоне обслуживания, могут присоединиться к нашему плану.

Если вы переезжаете за пределы зоны обслуживания, вы не сможете остаться в данном плане. См. главу 8 данного справочника участника для получения дополнительной информации о последствиях переезда за пределы зоны обслуживания.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

Е. Что дает вам право стать участником плана

У вас есть право стать участником плана в следующих случаях:

- вы проживаете в нашей зоне обслуживания (заключенные в местах лишения свободы не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ней), и
- на момент регистрации вам уже исполнился 21 год, **и**
- у вас есть страхование по части А и В по программе Medicare, **и**
- вы являетесь гражданином США или проживаете на территории США на законных основаниях, **и**
- у вас есть право на участие в программе Medi-Cal.

Если вы потеряете свое право на участие в программе Medi-Cal, но у вас есть основания ожидать, что оно восстановится в течение 3 месяцев, вы по-прежнему имеете право на участие в нашем плане.

Для получения более подробной информации позвоните в отдел обслуживания участников.

Ф. Чего можно ожидать, когда вы впервые регистрируетесь в нашем плане медицинского страхования

Когда вы впервые присоединяетесь к нашему плану, вы пройдете оценку риска для здоровья (health risk assessment, HRA) в течение 90 дней до или после даты вступления вашей регистрации в силу.

Мы обязаны выполнить HRA. HRA является основой для разработки вашего плана обслуживания. В HRA войдут вопросы, позволяющие определить ваши потребности в здравоохранении, охране психического здоровья, а также функциональные потребности.

Мы свяжемся с вами, чтобы провести HRA. HRA может быть выполнена во время личного приема, по телефону или по почте.

Мы отправим вам более подробную информацию об HRA.

Если наш план является новым для вас, вы можете продолжать пользоваться услугами врачей, у которых вы наблюдаетесь сейчас, в течение определенного периода времени, даже если они не входят в нашу сеть. Это называется непрерывностью медицинского обслуживания. Вы можете продолжать пользоваться услугами своих текущих поставщиков услуг, даже если они не входят в нашу сеть, и текущими разрешениями на получение обслуживания до 12 месяцев при условии соблюдения следующих обязательных требований:



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

- Вы, ваш представитель или ваш поставщик услуг просите нас разрешить вам продолжать получать услуги у вашего текущего поставщика.
- Мы можем установить факт существующего врачебного наблюдения у лечащего врача или поставщика специализированных медицинских услуг. Данное условие подразумевает некоторые исключения. Существующее врачебное наблюдение означает, что вы посещали поставщика, не входящего в нашу сеть, не по причине экстренной медицинской помощи, как минимум один раз в течение последних 12 месяцев до момента вашей регистрации в нашем плане.
 - Мы определим наличие существующего врачебного наблюдения по вашей медицинской информации.
 - У нас есть 30 дней, чтобы ответить на ваш запрос. Вы также можете попросить нас принять решение в ускоренном порядке, и мы будем обязаны ответить в течение 15 дней. Вы можете подать запрос, позвонив по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Если вашему здоровью угрожает опасность, мы должны ответить в течение 3 дней.
 - Вы или ваш поставщик услуг должны предоставить документацию, подтверждающую факт наличия действующего врачебного наблюдения, и дать свое согласие на определенные условия.

Примечание: вы можете подать этот запрос в отношении поставщиков медицинского оборудования длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME) на как минимум 90 дней, пока мы не разрешим аренду нового DME и не организуем доставку арендованного оборудования сетевым поставщиком. Хотя вы не можете сделать этот запрос в отношении поставщиков транспортных услуг или других поставщиков вспомогательных услуг, вы можете сделать запрос на услуги транспортировки или другие вспомогательные услуги, не включенные в наш план.

По окончании периода непрерывности медицинского обслуживания вам нужно будет посещать врачей и других поставщиков услуг сети плана L.A. Care Medicare Plus, входящих в медицинскую группу вашего врача первичного обслуживания, за исключением случаев, когда нами заключается соглашение с вашим врачом, не входящим в сеть плана. Входящий в сеть поставщик услуг — это поставщик, который сотрудничает с планом здравоохранения. При выборе врача первичных медицинских услуг (Primary Care Provider, PCP) вам назначается соответствующая медицинская группа, в состав которой входит данный поставщик услуг. Поставщик первичных медицинских услуг — это врач или другой поставщик услуг, к которому вы обращаетесь в первую очередь в большинстве случаев при возникновении проблем со здоровьем.



Медицинская группа — это ассоциация РСР и специалистов, созданная с целью предоставления координированных медицинских услуг. См. **главу 3** данного *справочника участника* для получения дополнительной информации об обслуживании.

G. Ваша группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания

G1. Группа медицинского обслуживания

Группа медицинского обслуживания помогает вам в получении необходимого вам обслуживания. В состав группы медицинского обслуживания может входить врач, специалист по управлению обслуживанием и другие медицинские работники, которых вы выберете.

Специалист по управлению обслуживанием — это специально обученный сотрудник, управляющий необходимым вам медицинским обслуживанием. Вам назначат специалиста по управлению обслуживанием при регистрации в нашем плане. Это лицо также будет направлять вас к существующим общественным ресурсам, которые наш план может не предоставлять, и будет работать с вашей группой медицинского обслуживания в целях координирования вашего здравоохранения. Позвоните нам по номерам, указанным внизу страницы, чтобы получить дополнительную информацию о вашем специалисте по управлению обслуживанием и группе медицинского обслуживания.

G2. План обслуживания

Ваша группа медицинского обслуживания также поможет вам разработать план медицинского обслуживания. План медицинского обслуживания содержит информацию для вас и вашего врача о необходимых вам медицинских услугах и о том, как вы можете их получить. К ним относятся медицинские услуги, услуги по охране психического здоровья, а также услуги программы LTSS.

Ваш план медицинского обслуживания включает:

- ваши личные цели и предпочтения в отношении здоровья, **а также**
- график получения необходимых услуг.

Группа медицинского обслуживания свяжется с вами после выполнения HRA. Они поинтересуются у вас о необходимых вам услугах. Кроме того, они расскажут вам об услугах, о получении которых вам стоит подумать. Ваш план медицинского обслуживания создается на основе ваших ответов на вопросы HRA и любой другой информации, которой вы делитесь со своей группой медицинского обслуживания. Как минимум раз в год или чаще, при изменениях



в ваших потребностях, ваша группа медицинского обслуживания будет сотрудничать с вами для внесения необходимых поправок в ваш план. Если вы решите не участвовать в вашем плане медицинского обслуживания или ваш специалист по управлению обслуживанием не сможет с вами связаться, для вас будет создан план медицинского обслуживания на основе ваших ответов HRA.

Н. Краткое изложение важных затрат

В ваши расходы могут входить следующее:

- Страховой взнос по плану (**раздел Н1**)
- Ежемесячный страховой взнос по части В программы Medicare (**раздел Н2**)
- Страховой взнос за необязательные дополнительные льготы (**раздел Н3**)
- Стоимость рецептурных препаратов в рамках программы Medicare (**раздел Н4**)

В отдельных случаях, ваш страховой взнос по плану будет меньше.

Н1. Страховой взнос по плану

Страховой взнос в рамках плана не предусмотрен в зависимости от уровня получаемой вами дополнительной помощи по программе предоставления дополнительной помощи. Программа предоставления дополнительной помощи — это программа Medicare, предоставляющая людям с ограниченным доходом и ресурсами помощь в оплате рецептурных препаратов по части D программы Medicare, например, при оплате страховых взносов, франшизы и доли в совместной оплате. Программа предоставления дополнительной помощи «программа предоставления дополнительной помощи» также называется «субсидией для малообеспеченных лиц» («Low-Income Subsidy» или «LIS»).

Н2. Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare часть А и В

Некоторые участники обязаны платить другие страховые взносы по программе Medicare. Как объяснялось в **разделе Е** выше, чтобы иметь право на участие в нашем плане, вы должны сохранять свое право на участие в программе Medi-Cal, а также иметь страховое покрытие как по части А программы Medicare, так и по части В программы Medicare. Для большинства участников плана L.A. Care Medicare Plus программа Medi-Cal оплачивает страховой взнос программы Medicare, часть А (если вы не получили на это право автоматически), и ваш страховой взнос программы Medicare, часть В.



Если программа Medi-Cal не оплачивает ваши страховые взносы программы Medicare за вас, вы должны продолжать оплачивать свои страховые взносы программы Medicare, чтобы оставаться участником плана. Это включает ваш страховой взнос за часть В программы Medicare. Сюда также может входить страховой взнос за часть А программы Medicare, если вы не имеете права на получение страхового покрытия по части А программы Medicare без оплаты страхового взноса. **В дополнение, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему специалисту по координированию обслуживания и сообщите им об этом изменении.**

Н3. Страховой взнос за необязательные дополнительные льготы

Если вы подписались на получение дополнительных льгот, также называемых «необязательными дополнительными льготами», то вы должны ежемесячно оплачивать дополнительные страховые взносы за эти дополнительные льготы. Подробности см. в **главе 4, раздел Е**.

Н4. Стоимость рецептурных препаратов в рамках программы Medicare

Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare, вы будете получать счет от своего плана за рецептурные препараты (вместо того, чтобы платить в аптеке). Ваш ежемесячный счет рассчитывается на основе суммы, которую вы должны за все полученные рецептурные препараты, плюс остаток за предыдущий месяц, разделенный на количество месяцев, оставшихся в текущем году.

В **главе 2** более подробно рассказывается о плане оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare. Если вы не согласны с суммой счета при данном варианте оплаты, вы можете выполнить действия, описанные в **главе 9**, чтобы подать жалобу или апелляцию.

I. Справочник участника

Данный *справочник участника* является частью нашего с вами контракта. Это означает, что мы обязаны следовать всем правилам, изложенным в этом документе. Если вы считаете, что наши действия противоречат этим правилам, вы можете подать апелляцию или оспорить наши действия. Для получения информации о подаче апелляции см. **главу 9 справочника участника** или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Для получения *справочника участника* вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников по телефонам, указанным внизу этой страницы. Вы также можете обратиться к *справочнику участника* на нашем веб-сайте по веб-адресу, указанному внизу страницы.



Контракт остается действительным на протяжении всех месяцев, пока вы являетесь участником нашего плана в период с 1 января 2026 года по 31 декабря 2026 г.

Ж. Прочая важная для вас информация

Другая предоставляемая нами важная информация включает вашу идентификационную карту участника, информацию о том, как получить доступ к *справочнику поставщиков услуг и аптек*, а также информацию о том, как получить доступ к *перечню покрываемых лекарств*, также известному как *список лекарств* или *фармакологический справочник*.

Ж1. Ваша идентификационная карта участника

Согласно нашему плану, у вас будет одна карточка на получение услуг Medicare и Medi-Cal, включая программу долгосрочного обслуживания и поддержки (LTSS), определенные услуги по охране психического здоровья и рецептурные препараты. Вы должны показывать эту карточку каждый раз при получении услуг или рецептурных препаратов. Вот как идентификационная карта участника выглядит:

 L.A. Care Medicare Plus. (HMO D-SNP)		In case of an emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room (ER). If you are not sure, call your Primary Care Provider (PCP) or contact our 24-Hour Nurse Advice Line.	
Member Name: Member ID: H1224-001		Member Services: 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) Behavioral Health: 1-877-344-2858 (TTY: 1-800-735-2929) Pharmacy Help Desk: 1-844-268-9785 Dental Services: 1-855-552-8243 24-Hour Nurse Advice: 1-800-249-3619 (TTY: 711) Find My Urgent Care: 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG) Website: medicare.lacare.org	
Care Manager Phone: 1-833-522-3767 PCP Group/Name: PCP Phone: MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0-25%		 RxBIN: 610602 RxPCN: NVTD RxGRP: LDSNP RxID:	
Send Claims To: L.A. Care Health Plan, Attn: Claims Dept. P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081 Providers can call for Pre-authorizations: 1-877-431-2273 Claim Inquiry: 1-866-522-2736			

Если ваша идентификационная карта участника повреждена, утеряна или украдена, немедленно позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы. Мы отправим вам новую карту.

Пока вы являетесь участником нашего плана, вам не нужно пользоваться вашей карточкой Medicare красного, белого и синего цвета или карточкой Medi-Cal, чтобы получать большинство услуг. Храните эти карточки в надежном месте на случай, если они могут понадобиться вам в будущем. Если вы предъявите карточку Medicare вместо вашей карточки с идентификационным номером участника нашего плана, поставщик услуг может выставить счет программе Medicare вместо того, чтобы прислать счет нашему плану, и возможно, вы получите счет на оплату. Вас могут попросить предъявить карту Medicare, если вам необходимы услуги больницы или хосписа, а также



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия TTY: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

для участия в одобренных программой Medicare клинических научных исследованиях (также называемых клиническими исследованиями). См. **главу 7** данного *справочника участника* о том, что делать, если вы получили счет от поставщика услуг.

Помните, что вам понадобится карточка программы Medi-Cal или идентификационная карточка получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC), чтобы получать следующие услуги:

- Лечение расстройств, вызванное злоупотреблением психоактивными веществами
- При пользовании программой Medi-Cal Rx
- Лучше всего иметь с собой обе карточки участника каждый раз, когда вы получаете услуги.

12. Справочник поставщиков услуг и аптек

Справочник поставщиков услуг и аптек содержит списки поставщиков услуг и аптек, входящих в сеть плана. Пока вы являетесь участником нашего плана, для получения покрываемых услуг вам необходимо пользоваться услугами сетевых поставщиков.

Вы можете запросить *справочник поставщиков услуг и аптек* (в электронном или печатном виде), позвонив в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы. Если подадите запрос на печатные версии справочников поставщиков услуг и аптек, они будут отправлены вам по почте в течение трех рабочих дней.

Вы также можете обратиться к *справочнику поставщиков услуг и аптек* по веб-адресу, указанному внизу страницы.

В справочнике содержится список медицинских специалистов (таких, как врачи, практикующие медсестры и психологи), учреждений (таких, как больницы или клиники) и поставщиков услуг реабилитации (таких, как дневная программа медицинского ухода за взрослыми и ухода на дому), которых вы можете посещать, будучи участником плана L.A. Care Medicare Plus. В данном справочнике также указаны аптеки, которыми вы можете пользоваться для получения рецептурных препаратов. Свяжитесь с отделом обслуживания участников для получения информации о входящих в сеть поставщиках услуг, например, их имена и фамилии, адреса, номера телефонов, профессиональная квалификация, специализация, названия медицинских школ, которые они окончили, где они проходили ординатуру и статус профессиональной сертификации.



Определение входящих в сеть поставщиков услуг

- Наши входящие в сеть поставщики услуг:
 - врачи, медсестры и другие специалисты в области здравоохранения, к которым вы можете обратиться, являясь участником нашего плана;
 - клиники, больницы, учреждения сестринского ухода и другие учреждения, где предоставляются услуги в рамках нашего плана **и**
 - учреждения управляемого долгосрочного обслуживания и поддержки (managed long-term services and supports, MLTSS), услуги по охране психического здоровья, агентства ухода на дому, поставщики медицинского оборудования длительного пользования (DME) и другие поставщики, предоставляющие товары и услуги, которые вы получаете по программам Medicare или Medi-Cal.

Входящие в сеть поставщики услуг согласились принимать платеж от нашего плана за покрываемые услуги в качестве полного платежа.

Определение входящей в сеть аптеки

- Входящие в сеть аптеки — это аптеки, которые согласились выдавать рецептурные препараты участникам нашего плана. Воспользуйтесь *справочником поставщиков услуг и аптек*, чтобы найти входящую в сеть аптеку, которой вы хотите пользоваться.
- За исключением экстренных ситуаций вы обязаны получать лекарственные препараты в одной из входящих в сеть аптек, если вы хотите, чтобы план помог вам их оплатить.

Позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, чтобы получить дополнительную информацию. И отдел обслуживания участников, и наш веб-сайт могут предоставить вам самую актуальную информацию об изменениях в нашей сети поставщиков услуг и аптек.

13. Перечень покрываемых препаратов

Планом составлен *перечень покрываемых препаратов*. Сокращенное название перечня — «*список препаратов*». В нем вы найдете информацию о том, какие препараты покрывает наш план. Препараты, вошедшие в список препаратов, выбраны нами при помощи врачей и фармацевтов. *Список препаратов* должен отвечать требованиям программы Medicare. Лекарственные препараты с согласованными ценами в рамках программы согласования цен на лекарства Medicare будут включены в ваш *список препаратов*, если только они не были удалены и заменены (см. **главу 5, раздел В**). Программа Medicare одобрила *список препаратов* плана L.A. Care Medicare Plus.



В *списке препаратов* вы также найдете информацию о том, какие правила и ограничения применяются в отношении определенных препаратов, например, ограничение на количество. См. **главу 5** данного *справочника участника* для получения дополнительной информации.

Каждый год мы отправляем вам информацию о том, где вы можете найти *список препаратов*, но иногда изменения могут произойти в течение года. Чтобы получить самую актуальную информацию о том, на какие лекарства распространяется страховое покрытие, позвоните в отдел обслуживания участников или посетите наш веб-сайт по адресу, указанному внизу страницы.

14. Разъяснение страховых льгот

Если вы пользуетесь льготами на рецептурные препараты по части D программы Medicare, мы будем высылать вам итоговый отчет, чтобы вы понимали и отслеживали платежи за рецептурные препараты по части D программы Medicare. Этот итоговый отчет называется «*Разъяснение страховых льгот*» (Explanation of Benefits, EOB).

В EOB будет указано, какую общую сумму вы или лица, действующие от вашего имени, потратили на ваши рецептурные препараты по части D, и какую общую сумму мы заплатили за каждый из ваших рецептурных препаратов по части D за данный месяц. EOB не является счетом на оплату. EOB содержит информацию о том, какие препараты вы принимаете. В **главе 6** данного *справочника участника* содержится дополнительная информация о EOB и о том, как с помощью отчета можно отслеживать страховое покрытие препаратов.

Вы также можете попросить, чтобы вам прислали EOB. Чтобы получить EOB, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы.

К. Как поддерживать свою учетную запись в актуальном состоянии

Чтобы ваша учетная запись отражала последние данные, сообщайте нам о любых переменах.

Эта информация нужна нам для того, чтобы убедиться, что в наших записях указаны верные данные о вас. Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики услуг в сети нашего плана используют вашу запись участника, чтобы узнать, какие услуги и препараты покрываются страховкой, а также суммы вашего совместного участия в расходах. Поэтому очень важно, чтобы ваши данные участника отражали последние сведения.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия TTY: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

Незамедлительно сообщайте нам о следующем:

- изменились ваше имя, фамилия, адрес или номер телефона;
- у вас изменилось медицинское страховое покрытие, например, вы получили страхование от работодателя, работодателя супруга(-ги) или партнера, а также компенсационные выплаты работникам;
- если против вас выставлены какие-либо иски по страхованию гражданской ответственности, например, страховые требования после дорожно-транспортного происшествия;
- вы были госпитализированы в учреждение сестринского ухода или больницу;
- если вы получаете лечение в больнице или отделении скорой помощи;
- если поменялось лицо, осуществляющее уход за вами (или другое ответственное за вас лицо); **и**
- если вы участвуете в клиническом исследовании. (**Примечание:** вы не обязаны сообщать нам о клиническом исследовании, в котором вы собираетесь принять участие, но мы рекомендуем вам это сделать.)

При изменениях каких-либо сведений, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы.

Вы можете обновить свою информацию онлайн, воспользовавшись своим учетным кабинетом L.A. Care Connect. L.A. Care Connect — это учетная запись для зарегистрированных участников плана L.A. Care Medicare Plus. На сайте medicare.lacare.org вы можете зарегистрироваться и получить доступ к своей учетной записи L.A. Care Connect. После регистрации вы сможете зайти, чтобы:

- ознакомиться с критериями для участия и своими льготами;
- заказать, просмотреть и/или распечатать карточку с идентификационным номером участника;
- сменить врача или медицинскую группу
- позаботиться о своих лекарственных препаратах, увидеть историю приема лекарственных препаратов, найти аптеку и ознакомиться со всеми фармацевтическими льготами;
- участвовать в существующих программах оздоровления.



K1. Конфиденциальность личной медицинской информации (PHI)

Информация, содержащаяся в вашей учетной записи, может включать личную медицинскую информацию (Personal Health Information, PHI). Федеральные законы и законы штата требуют, чтобы мы охраняли конфиденциальность PHI. Как мы защищаем вашу PHI Для получения более подробной информации о том, как мы защищаем PHI, см. **главу 8 справочника участника**.



Глава 2. Важные телефонные номера и ресурсы

Введение

Данная глава содержит контактную информацию важных ресурсов, где вы можете получить ответы на вопросы о нашем плане и своих льготах здравоохранения. Также вы можете воспользоваться информацией в данной главе, чтобы узнать, как связаться со своим специалистом по управлению обслуживанием и другими лицами, которые могут защищать ваши интересы. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного *справочника участника*.

Содержание

A. Отдел обслуживания участников	29
B. Ваш специалист по управлению обслуживанием	33
C. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (HICAP)	36
D. Справочная служба медсестер	38
E. Кризисная линия службы по охране психического здоровья	39
F. Организация по повышению качества (QIO)	41
G. Medicare	42
H. Medi-Cal	44
I. Офис омбудсмена программы управляемого обслуживания Medi-Cal и службы по охране психического здоровья	45
J. Социальные службы округа	46
K. Окружное агентство услуг охраны психического здоровья	47
L. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния	48



М. Программы, помогающие оплачивать препараты	49
М1. Программа дополнительной помощи в рамках Medicare.....	49
М2. Программа помощи в покрытии затрат на препараты для людей со СПИДом (ADAP)	50
М3. План оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare.....	50
Н. Служба социального обеспечения	51
О. Совет по начислению пенсий железнодорожникам (RRB)	52
Р. Другие ресурсы	53
Q. Стоматологическая программа Medi-Cal Dental	54



А. Отдел обслуживания участников

ЗВОНИТЕ:	1-833-522-3767. Звонок бесплатный. <i>Позвонив по указанному выше номеру круглосуточно и ежедневно, включая праздничные дни, вы можете получить данную информацию бесплатно в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля и/или аудиозапись.</i> Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для лиц, не говорящих по-английски.
ЛИНИЯ ТТУ:	711. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования. <i>Звонки принимаются круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.</i>
ФАКС:	1-213-438-5712
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
ВЕБ-САЙТ:	medicare.lacare.org

Свяжитесь с отделом обслуживания участников, чтобы получить помощь в следующих вопросах:

- Вопросы относительно плана
- Вопросы об исках или счетах, выставленных участнику
- Решения о предоставлении страхового покрытия, касающихся вашего медицинского обслуживания
 - Решения о предоставлении страхового покрытия, касающихся вашего медицинского обслуживания — это решения о:
 - ваших льготах и покрываемых планом услугах **или**
 - сумме, которую мы заплатим за ваше медицинское обслуживание.



- Позвоните нам, если у вас есть вопросы о решении о предоставлении страхового покрытия, касающиеся вашего медицинского обслуживания.
- Для получения более подробной информации о решениях о предоставлении страхового покрытия см. **главу 9 справочника участника**.
- Апелляции в отношении вашего медицинского обслуживания
 - Апелляция — это способ официально обратиться к нам с просьбой пересмотреть решение о вашем страховом покрытии и изменить его, если вы считаете, что мы допустили ошибку, или вы не согласны с решением.
 - Для получения более подробной информации о процессе подачи апелляции см. **главу 9 справочника участника** или обратитесь в отдел обслуживания участников.
- Жалобы в отношении медицинского обслуживания
 - Вы можете подать жалобу на нас или любого поставщика услуг (включая сетевых поставщиков услуг и поставщиков, не входящих в сеть). Входящий в сеть поставщик услуг — это поставщик, который сотрудничает с нашим планом. Вы также можете подать жалобу в отношении качества полученного медицинского обслуживания нам или в организацию по повышению качества (Quality Improvement Organization, QIO) (см. **раздел F**).
 - Вы можете объяснить причины своей жалобы, позвонив по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
 - Если жалоба относится к решениям о предоставлении страхового покрытия, касающиеся вашего медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше).
 - Вы также можете отправить свою жалобу на наш план в программу Medicare. Вы можете воспользоваться онлайн-формой на веб-сайте www.medicare.gov/my/medicare-complaint, или позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
 - Вы можете обратиться с жалобой, касающейся нашего плана, в программу омбудсмана Medicare Medi-Cal Ombuds Program, позвонив по телефону 1-855-501-3077.
 - Для получения дополнительной информации о процессе подачи жалобы в отношении медицинского обслуживания см. **главу 9 справочника участника**.



- Решения о предоставлении страхового покрытия ваших препаратов
 - Решение о предоставлении страхового покрытия ваших препаратов — это решение о:
 - ваших льготах и покрываемых планом препаратах **или**
 - сумме, которую мы заплатим за ваши препараты.
 - Другие препараты, например, безрецептурные лекарственные препараты (over-the-counter, OTC) или определенные витамины, возможно, оплачивает программа Medi-Cal Rx. Подробнее об этом можно узнать на веб-сайте программы Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Также вы можете позвонить в центр обслуживания клиентов программы Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273.
 - Для получения дополнительной информации о решениях о предоставлении страхового покрытия рецептурных препаратов см. **главу 9 справочника участника**.
- Апелляции в отношении ваших препаратов
 - Апелляция — это способ обратиться к нам с просьбой изменить решение о предоставлении страхового покрытия.
 - Для получения дополнительной информации об апелляциях по поводу рецептурных препаратов см. **главу 9 справочника участника**.
- Жалобы, касающиеся ваших препаратов
 - Вы можете подать жалобу относительно нашей работы или работы любой аптеки. Сюда же входят жалобы, касающиеся рецептурных препаратов.
 - Если ваша жалоба относится к решению о предоставлении страхового покрытия рецептурных препаратов, вы можете подать апелляцию. (См. раздел выше.)
 - Вы также можете отправить свою жалобу на наш план в программу Medicare. Вы можете воспользоваться онлайн-формой на веб-сайте www.medicare.gov/my/medicare-complaint, или позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
 - Для получения дополнительной информации об апелляциях по поводу рецептурных препаратов см. **главу 9 справочника участника**.



- Оплата медицинского обслуживания или препаратов, за которые вы уже заплатили
 - Для получения дополнительной информации о том, как обратиться к нам с просьбой возместить оплаченную вами стоимость или оплатить полученный вами счет, см. **главу 7 справочника участника**.
 - Если вы попросите нас оплатить счет, и мы откажем удовлетворить какую-либо часть вашего запроса, вы можете подать апелляцию. См. **главу 9 справочника участника**.



В. Ваш специалист по управлению обслуживанием

Обязанности специалиста по управлению обслуживанием

- Специалист по управлению обслуживанием — это медсестра или другой лицензированный специалист в области здравоохранения, который должен познакомиться с вами и понять ваши медицинские потребности. Специалист по управлению обслуживанием может принадлежать к вашей медицинской группе или плану L.A. Care Health Plan. Ваш специалист по управлению обслуживанием действует в сотрудничестве с вами, вашим врачом (врачами), лицами, осуществляющими уход, и другими лицами, участвующими в оказании вам медицинской помощи. Специалист по управлению обслуживанием определяет необходимые вам услуги, составляет план обслуживания вместе с вами, чтобы установить, как вы можете получить нужные услуги, координирует получаемые вами услуги и проверяет, как у вас идут дела.

Вы можете связываться со своим специалистом по управлению обслуживанием, если у вас есть вопросы, или вам нужно найти правильные ресурсы, чтобы оставаться в хорошем здравии.

Как вы можете связаться со специалистом по управлению обслуживанием?

- Вы можете связаться с отделом обслуживания участников по телефонам, указанным ниже. Вас соединят с отделом по управлению обслуживанием.

Как вы можете поменять специалиста по управлению обслуживанием?

Звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.



ЗВОНИТЕ:	1-833-522-3767. Звонок бесплатный. Круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Позвонив по указанному выше номеру, вы можете получить данную информацию бесплатно в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля и/или аудиозапись. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для лиц, не говорящих по-английски.
ЛИНИЯ ТТУ:	711. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования. <i>Звонки принимаются круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.</i>
ФАКС:	1-213-438-5712
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
ВЕБ-САЙТ:	medicare.lacare.org

Свяжитесь со своим специалистом по управлению обслуживанием, чтобы получить помощь в следующем:

- вопросы в отношении вашего медицинского обслуживания;
- вопросы о получении услуг по охране психического здоровья (психическое здоровье и расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами);
- вопросы о страховых льготах офтальмологии и стоматологии;
- о транспортировке на прием к врачу;
- о программе долгосрочного обслуживания и поддержки (Long-term Services and Supports, LTSS), включая программу услуг для взрослых, предоставляемых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) и услуг учреждений сестринского ухода (Nursing Facilities, NF);



- о мерах общественной поддержки, которые помогут вам оставаться в безопасности у себя дома (например, услуги по уходу, модификация жилья, программы обеспечения жильем и питанием).

Возможно, вы сможете получить следующие услуги:

- услуги по переходу в учреждения вспомогательного проживания
- услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (CBAS)
- общественные услуги в переходный период
- модификация жилья в целях безопасности
- хосписные услуги
- услуги программы предоставления услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) через окружное агентство социального обеспечения
- квалифицированный сестринский уход
- физиотерапия
- трудотерапия
- логопедия
- медицинские социальные услуги
- уход на дому
- услуги долгосрочного ухода (Long Term Care, LTC) в учреждении сестринского ухода или учреждении промежуточного ухода за лицами с нарушениями развития (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD) (Примечание: предварительное разрешение не требуется, если учреждение заключило **договор** с планом L.A. Care.)
- услуги паллиативного ухода
- услуги персонального ухода и помощи по дому (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
- услуги временного ухода для лиц, осуществляющих уход
- в некоторых случаях вы можете получать помощь с реализацией ежедневных потребностей по медицинскому обслуживанию и жизнеобеспечению
- модификация дома
- услуги по переводу и перепрофилированию в учреждения сестринского ухода



С. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (HICAP)

Государственная программа помощи в медицинском страховании (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) — это существующая в каждом штате государственная программа предоставления услуг специально обученных консультантов, где можно получить бесплатную помощь, информацию и ответы на ваши вопросы по программе Medicare. Программа SHIP в штате Калифорния называется программой консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP). Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы и помочь вам понять, что необходимо сделать, чтобы решить вашу проблему. Квалифицированные специалисты HICAP есть в каждом округе, их услуги предоставляются бесплатно.

HICAP — это независимая государственная программа (не связанная ни с одной страховой компанией или планом медицинского страхования), которая получает деньги от федерального правительства для предоставления бесплатных консультаций по местному медицинскому страхованию для лиц, получающих льготы Medicare.

ЗВОНИТЕ:	1-800-434-0222 Запишитесь на прием к консультанту в местном офисе HICAP
ЛИНИЯ ТТУ:	711 (звонок бесплатный). Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	Los Angeles County HICAP Office 4601 Wilshire Blvd., Suite 160 Los Angeles, CA 90010
ВЕБ-САЙТ:	www.cahealthadvocates.org/HICAP/



Свяжитесь с программой HICAP, чтобы получить помощь в следующих вопросах:

- вопросы по программе Medicare
- Консультанты HICAP могут ответить на ваши вопросы об изменении плана и помочь вам:
 - понять свои права,
 - разобраться в имеющихся у вас вариантах выбора плана,
 - ответить на вопросы по поводу смены плана,
 - подать жалобы, касающиеся вашего медицинского обслуживания или лечения **и**
 - помочь с выставленными вам счетами или вашими исками.



D. Справочная служба медсестер

Вы можете позвонить в справочную службу медсестер по любым вопросам о здоровье круглосуточно и ежедневно. Наши медсестры — это обученные профессионалы, которые могут предоставить соответствующую медицинскую информацию, просвещение и рекомендации, в том числе помочь вам получить неотложную или скорую помощь. Если у вас есть конкретные вопросы о текущем лечении, вам следует звонить в офис вашего врача. Справочная служба медсестер не заменяет офис врача. Вы можете связаться со справочной службой медсестер с вопросами о своем здоровье и здравоохранении.

ЗВОНИТЕ:	1-800-249-3619 (звонок бесплатный). Круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Позвонив по указанному выше номеру, вы можете получить данную информацию бесплатно в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля и/или аудиозапись. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для лиц, не говорящих по-английски.
ЛИНИЯ ТТУ:	711 (звонок бесплатный). Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования. круглосуточно, ежедневно, в том числе в праздничные дни



Е. Кризисная линия службы по охране психического здоровья

Если вы чувствуете себя одиноко, подавленно, испытываете отчаяние или у вас возникают мысли о самоубийстве, кризисные службы готовы предложить вам эмоциональную поддержку и ресурсы.

ЗВОНИТЕ:	988 — звонок бесплатный. Круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Позвонив по указанному выше номеру, вы можете получить данную информацию бесплатно в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля и/или аудиозапись. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для лиц, не говорящих по-английски.
ЛИНИЯ ТТУ:	988 — звонок бесплатный. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования. круглосуточно, ежедневно, в том числе в праздничные дни

Если вам требуется неотложная помощь в сфере охраны психического здоровья, но это не экстренный случай, вы можете звонить на линию службы охраны психического здоровья круглосуточно, ежедневно, с вопросами, касающимися психического здоровья.



ЗВОНИТЕ:	<i>Для получения услуг по охране и восстановлению психического здоровья: 1-877-344-2858 — звонок бесплатный.</i> <i>Для получения услуг по лечению от злоупотребления психоактивными веществами: 1-844-804-7500 — звонок бесплатный.</i> <i>Круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Позвонив по указанному выше номеру, вы можете получить данную информацию бесплатно в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля и/или аудиозапись.</i> <i>Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для лиц, не говорящих по-английски.</i>
ЛИНИЯ ТТУ:	711 (звонок бесплатный). <i>Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования. круглосуточно, ежедневно, в том числе в праздничные дни</i>

Вы можете обратиться в кризисную линию службы охраны психического здоровья по следующим вопросам:

- Если у вас есть вопросы о получении услуг службы по охране психического здоровья и лечения расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.

По вопросам относительно специальных услуг по охране психического здоровья в вашем округе см. **раздел К**.



Ф. Организация по повышению качества (QIO)

В нашем штате существует организация по улучшению качества обслуживания участников программы, которая называется Commence Health. Это группа врачей и специалистов в области медицинского обслуживания, которые помогают улучшить качество услуг, предоставляемых участникам программы Medicare. Commence Health — это независимая организация. Она не связана с нашим планом.

ЗВОНИТЕ:	1-877-588-1123
ЛИНИЯ ТТУ:	711. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ВЕБ-САЙТ:	www.livantaqio.com

Свяжитесь с Commence Health, чтобы получить помощь в следующем:

- вопросы в отношении вашего медицинского обслуживания
- жалобы в отношении полученного обслуживания, если:
 - у вас возникли проблемы с качеством обслуживания, например, назначение неправильных лекарственных препаратов, ненужных анализов или процедур или постановка неправильного диагноза,
 - вы считаете, что ваше пребывание в больнице заканчивается слишком рано **или**
 - вы считаете, что получаемые вами услуги ухода на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или в комплексном амбулаторном реабилитационном учреждении (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) заканчиваются слишком скоро.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

G. Medicare

Программа Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, некоторой группы лиц с инвалидностью в возрасте до 65 лет и лиц на терминальной стадии хронической почечной недостаточности (перманентная почечная недостаточность, требующая диализа или трансплантации почки).

Федеральная служба, в ведомстве которой находится программа Medicare, — это центры услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Это агентство заключает соглашения с организациями Medicare Advantage, включая наш план.

ЗВОНИТЕ:	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звоните по этому номеру бесплатно, круглосуточно, ежедневно.
ЛИНИЯ ТТУ:	1-877-486-2048. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ЧАТ В ПРЯМОМ ЭФИРЕ:	Можно также воспользоваться чатом: www.Medicare.gov/talk-to-someone
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	Можно написать письмо в программу Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.



ВЕБ-САЙТ:www.medicare.gov

- Получите информацию о планах медицинского страхования и покрытия расходов на лекарственные препараты Medicare в вашем регионе, включая их стоимость и предоставляемые ими услуги.
- Найдите врачей или других поставщиков медицинских услуг и товаров, участвующих в программе Medicare.
- Узнайте, что входит в покрытие программы Medicare, включая профилактические услуги (такие как обследования, прививки или вакцины, а также ежегодные профилактические осмотры).
- Получите информацию и бланки для подачи апелляций в рамках программы Medicare.
- Получите информацию о качестве обслуживания, предоставляемого планами, центрами сестринского ухода, больницами, врачами, агентствами по оказанию медицинской помощи на дому, центрами диализа, хосписами, стационарными реабилитационными центрами и больницами длительного ухода.
- Сюда входит список полезных веб-сайтов и телефонных номеров.

Чтобы подать жалобу в Medicare, зайдите на страницу www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare серьезно относится к вашим жалобам и использует предоставленную информацию, чтобы улучшать качество обслуживания участников программы Medicare.



H. Medi-Cal

Medi-Cal — это программа Medicaid в Калифорнии. Это программа государственного медицинского страхования, которая предоставляет необходимые услуги здравоохранения лицам с низким доходом, в том числе семьям с детьми, пожилым людям, лицам с ограниченными возможностями, детям и подросткам, воспитывающимся в приемных семьях, а также беременным женщинам. Medi-Cal финансируется за счет средств правительства штата и федерального правительства.

Льготы Medi-Cal включают медицинское и стоматологическое обслуживание, услуги по охране психического здоровья, а также долгосрочные услуги и поддержку.

Вы зарегистрированы в программе Medicare и в программе Medi-Cal. Если у вас есть вопросы по поводу своих льгот по программе Medi-Cal benefits, позвоните своему специалисту по управлению обслуживанием. Если у вас есть вопросы о регистрации в плане Medi-Cal, позвоните в программу выбора медицинского обслуживания (Health Care Options).

ЗВОНИТЕ:	1-800-430-4263 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00.
ЛИНИЯ ТТУ:	1-800-430-7077 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ВЕБ-САЙТ:	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



I. Офис омбудсмана программы управляемого обслуживания Medi-Cal и службы по охране психического здоровья

Офис омбудсмана помогает решать проблемы с нейтральной точки зрения, гарантируя, что наши участники получают все необходимые медицинские услуги, покрываемые планом. Они выслушают вас, ответят на ваши вопросы, проанализируют вашу ситуацию, объяснят правила и процедуры, предоставят информацию, советы и имеющиеся варианты, а также порекомендуют соответствующие направления. Их работа — помогать разрабатывать справедливые решения проблем доступа к медицинскому обслуживанию. Они не связаны с нашим планом, какими-либо страховыми компаниями и другими планами медицинского страхования. Услуги предоставляются бесплатно.

ЗВОНИТЕ:	1-888-452-8609 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.
ЛИНИЯ ТТУ:	1-800-430-7077 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ЭЛ. ПОЧТА:	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
ВЕБ-САЙТ:	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx



J. Социальные службы округа

Если вам нужна помощь по программе предоставления услуг поддержки на дому (IHSS), программе дополнительного социального дохода (Supplemental Security Income, SSI), льготами по программе охраны психического здоровья и лечения от злоупотребления психоактивными веществами, обратитесь в местный отдел социального обеспечения округа. Жители округа Лос-Анджелес, которым требуются любые виды медицинских, гуманитарных и социальных услуг в округе Лос-Анджелес, могут позвонить по номеру 2-1-1 для получения дополнительной поддержки, ресурсов и/или направлений.

Обратитесь в окружное агентство социальных служб, чтобы подать заявку на получение услуг программы помощи на дому, которые помогут оплатить предоставляемые вам услуги, чтобы вы могли жить у себя дома и оставаться в безопасности. Виды услуг могут включать помощь в приготовлении пищи, купании, одевании, стирке, совершении покупок или транспортировке.

По любым вопросам относительно вашего права на участие в программе Medi-Cal обращайтесь в агентство социальных служб вашего округа.

ЗВОНИТЕ:	1-866-613-3777 (звонок бесплатный). С понедельника по пятницу с 7:30 до 18:30, кроме праздничных дней. Центр обслуживания участников (Customer Service Center, CSC) — это единый контактный центр, который в данный момент предоставляет услуги 33 окружным офисам по вопросам следующих программ помощи: CalWORKs, CalFresh, Medi-Cal и General Relief. Услуги предоставляются на следующих языках: армянском, камбоджийском, английском, испанском, вьетнамском, китайском, фарси, тагальском, русском и корейском.
ЛИНИЯ ТТУ:	711. Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	<i>Los Angeles County Department of Public Social Services</i> <i>12860 Crossroads Parkway South</i> <i>City of Industry, CA 91746</i>
ВЕБ-САЙТ:	<i>http://dpss.lacounty.gov</i>



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

К. Окружное агентство услуг охраны психического здоровья

Специализированные услуги по охране психического здоровья программы Medi-Cal и лечения расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, доступны в рамках округа, если вы подходите по медицинским критериям.

ТЕЛЕФОН:	1-800-854-7771 Звонок бесплатный. <i>Нажмите 1 для получения услуг по охране и восстановлению психического здоровья.</i> <i>Нажмите 2 для получения услуг по лечению зависимости от злоупотребления психоактивными веществами.</i> <i>круглосуточно, ежедневно, в том числе в праздничные дни</i> Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для лиц, не говорящих по-английски.
ЛИНИЯ ТТУ:	711 (звонок бесплатный). Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования. <i>Звонки принимаются круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.</i>

Свяжитесь с окружным агентством по охране психического здоровья, чтобы получить помощь по следующим вопросам:

- специализированные услуги по охране психического здоровья, предоставляемые в вашем округе
- услуги по лечению расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, предоставляемые в вашем округе
- Департамент охраны психического здоровья (Department of Mental Health, DMH) округа Лос-Анджелес предоставляет специализированные услуги по охране психического здоровья, включая амбулаторные услуги по охране и восстановлению психического здоровья, пребывание в дневном стационаре или интенсивное лечение, кризисное вмешательство и стабилизация, целенаправленное ведение пациента, услуги по медикаментозной поддержке, услуги по стационарному лечению взрослых и услуги в кризисных ситуациях, а также мобильные кризисные службы.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

L. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния несет ответственность за управление планами медицинского страхования. Справочный центр DMHC может помочь в подаче апелляций и жалоб, касающихся услуг, предоставляемых в рамках программы Medi-Cal.

ЗВОНИТЕ:	1-888-466-2219 Представители DMHC работают с 8:00 до 18:00 с понедельника по пятницу.
Линия TDD:	1-877-688-9891 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС:	1-916-255-5241
ВЕБ-САЙТ:	www.dmhca.gov



М. Программы, помогающие оплачивать препараты

Веб-сайт программы Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) предоставляет информацию о том, как снизить стоимость ваших расходов на лекарственные препараты. Для лиц с ограниченным доходом также существуют другие программы помощи, описанные ниже.

М1. Программа дополнительной помощи в рамках Medicare.

Так как у вас есть право на участие в программе Medi-Cal, вы имеете право на участие в программе предоставления дополнительной помощи в рамках Medicare для оплаты препаратов. Вам не нужно ничего делать, чтобы получить дополнительную помощь.

ЗВОНИТЕ:	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звоните по этому номеру бесплатно, круглосуточно, ежедневно.
ЛИНИЯ ТТУ:	1-877-486-2048 (звонок бесплатный). Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ВЕБ-САЙТ:	www.medicare.gov

Если вы считаете, что платите неправильную сумму за рецептурный препарат в аптеке, в нашем плане предусмотрена процедура, которая поможет вам получить подтверждение правильности суммы доплаты. Если у вас уже есть доказательства правильной стоимости, мы можем помочь вам предоставить нам эти доказательства.

- Когда мы получим доказательства, подтверждающие правильный размер доплаты, мы обновим нашу систему, чтобы при пополнении препаратов в следующий раз вы платили правильную сумму. Если вы заплатили слишком много, мы вернем вам сумму чеком или в виде будущего кредита на доплату. Если аптека не взимала с вас доплату, и у вас образовалась задолженность, мы можем перечислить оплату непосредственно аптеке. Если от вашего имени платил штат, мы можем перечислить платеж напрямую штату. Если у вас есть вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону, указанному внизу страницы.



М2. Программа помощи в покрытии затрат на препараты для людей со СПИДом (ADAP)

Программа помощи в оплате препаратов для людей со СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) помогает людям с ВИЧ/СПИДом, имеющим право на участие в программе, получить доступ к жизненно важным препаратам для лечения ВИЧ. Препараты Medicare по части D, которые также включены в фармакологический справочник ADAP, имеют право на получение помощи в оплате рецептурных препаратов в соответствии с информацией ADAP в рамках штата. Примечание: чтобы иметь право на участие в программе ADAP в вашем штате, участники должны соответствовать определенным критериям, включая подтверждение места жительства в штате и ВИЧ-статуса, низкого дохода (согласно определению штата), а также статус незастрахованного/недостаточно застрахованного лица. Если вы меняете план, сообщите об этом местному сотруднику отдела регистрации в программе ADAP, чтобы вы могли продолжать получать помощь и информацию о критериях соответствия, покрываемых препаратах или о том, как зарегистрироваться в программе. Позвоните по 1-844-421-7050, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 (кроме праздничных дней).

М3. План оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare

План оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare — это добровольный вариант оплаты, который действует вместе с вашим текущим страховым покрытием лекарств и помогает вам управлять вашими личными расходами на лекарства по части D программы Medicare, равномерно распределяя их в течение календарного года (январь — декабрь). Все участники, у которых есть план лекарственного обеспечения Medicare или план медицинского страхования Medicare с лекарственным покрытием (например, план Medicare Advantage Plan с лекарственным покрытием), могут использовать этот вариант оплаты. **Этот вариант оплаты позволяет контролировать расходы, но при этом не экономит ваши деньги и не снижает стоимость лекарств. Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов Medicare и остаетесь в том же плане, вам не нужно ничего делать, чтобы выбрать этот вариант.** Программа предоставления дополнительной помощи от Medicare и помощь по программам фармацевтической помощи штата (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодна, чем участие в этом варианте оплаты, независимо от уровня вашего дохода, и страховые планы с покрытием расходов на лекарства должны предлагать этот вариант оплаты. Чтобы узнать подробности об этой программе, пожалуйста, свяжитесь с отделом обслуживания участников по номеру телефона внизу этой страницы или посетите веб-сайт www.medicare.gov.



Н. Служба социального обеспечения

Служба социального обеспечения определяет право на участие в программе Medicare и занимается регистрацией в программе Medicare.

Если вы переезжаете или меняете свой почтовый адрес, обязательно свяжитесь со службой социального обеспечения и сообщите им об этом.

ЗВОНИТЕ:	1-800-772-1213 Звонки на этот телефон бесплатны. С 8:00 до 19:00 с понедельника по пятницу Вы можете воспользоваться их автоматизированными телефонными услугами, чтобы получить записанную информацию. Таким образом вы сможете заниматься этими делами круглосуточно.
ЛИНИЯ ТТУ:	1-800-325-0778 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ВЕБ-САЙТ:	www.ssa.gov



О. Совет по начислению пенсий железнодорожникам (RRB)

Совет по начислению пенсий железнодорожникам (Railroad Retirement Board, RRB) — независимое федеральное агентство, которое реализует комплексные программы льгот для железнодорожников страны и их семей. Если вы получаете Medicare через RRB, не забудьте сообщить им о своем переезде или смене почтового адреса. По вопросам, касающимся льгот RRB, обращайтесь в агентство.

ЗВОНИТЕ:	1-877-772-5772 Звонки на этот телефон бесплатны. Нажмите «0», чтобы поговорить с представителем RRB. Они работают с 9:00 до 15:30 по понедельникам, вторникам, четвергам и пятницам, а также с 9:00 до 12:00 по средам. Нажмите «1», чтобы получить доступ к автоматизированной линии помощи RRB и получать записанную информацию круглосуточно, включая выходные и праздничные дни.
ЛИНИЯ ТТУ:	1-312-751-4701 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования. Звонки на этот телефон бесплатны.
ВЕБ-САЙТ:	www.rrb.gov



Р. Другие ресурсы

Программа омбудсмена Medicare Medi-Cal предлагает БЕСПЛАТНУЮ помощь лицам, которые испытывают трудности с получением или сохранением медицинского страхования, а также помогает разрешать различные проблемы с медицинскими планами.

Если вы испытываете трудности с:

- Medi-Cal
- Medicare
- своим планом медицинского страхования
- с получением медицинских услуг
- апеллировании по поводу услуг, препаратов, медицинского оборудования длительного пользования (durable medical equipment, DME), услуг по охране психического здоровья и т.д., в которых вам было отказано
- медицинскими счетами
- услугами IHSS (Программы предоставления услуг поддержки на дому)

Офис омбудсмена программы Medicare Medi-Cal Ombuds помогает с жалобами, апелляциями и слушаниями. Телефон программы омбудсмена: 1-855-501-3077.



Q. Стоматологическая программа Medi-Cal Dental

Определенные стоматологические услуги можно получить в рамках программы Medi-Cal Dental, сюда входят следующие услуги (список не исчерпывающий):

- первичный осмотр, рентген, чистка и обработка фторидом;
- реставрации и коронки;
- лечение корневого канала;
- частичные и полные зубные протезы, корректировка, ремонт и перебазировка протеза.

Стоматологические льготы можно получить через план Medi-Cal Dental со сдельной системой оплаты (Fee-for-Service, FFS) и в рамках программ управляемого стоматологического обслуживания (Dental Managed Care, DMC).

ЗВОНИТЕ:	1-800-322-6384 Звонок бесплатный. Сотрудники стоматологической программы Medi-Cal Dental FFS работают с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.
ЛИНИЯ ТТУ:	1-800-735-2922 Этот номер предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Воспользоваться этим номером телефона можно только при наличии специального телефонного оборудования.
ВЕБ-САЙТ:	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Вместо программы Medi-Cal Dental со сдельной системой оплаты вы можете получить стоматологические льготы через план управляемого стоматологического обслуживания. Планы управляемого стоматологического обслуживания предлагаются в округах Лос-Анджелес и Сакраменто. Если вы хотите получить дополнительную информацию о стоматологических планах или вы хотите сменить стоматологический план, звоните в программу выбора медицинского обслуживания по телефону 1-800-430-4263 (линия ТТУ: 1-800-430-7077) с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звонок бесплатный. Контактную информацию DMC можно также найти здесь: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

Глава 3. Использование покрытия плана для получения медицинского обслуживания и других входящих в покрытие услуг

Введение

Данная глава содержит особые условия и правила, которые вам необходимо знать, чтобы получать медицинское обслуживание и другие покрываемые услуги в рамках нашего плана. Также здесь рассказывается о работе специалиста по управлению обслуживанием, о том, как получать обслуживание у различных поставщиков услуг и в разных особых ситуациях (включая получение услуг у не входящих в сеть поставщиков или аптек), что делать, если вы получили счет за услуги, покрываемые планом, и о правилах владения медицинским оборудованием длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME). Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного *справочника участника*.

Содержание

A. Информация об услугах и поставщиках	58
B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом	58
C. Ваш Специалист по управлению обслуживанием.....	61
C1. Обязанности специалиста по управлению обслуживанием.....	61
C2. Как связаться со специалистом по управлению обслуживанием	61
C3. Как вы можете поменять специалиста по управлению обслуживанием	61



D. Получение обслуживания у поставщиков услуг	62
D1. Получение обслуживания у поставщика первичных медицинских услуг (РСП)	62
D2. Получение медицинской помощи у специалистов и других входящих в сеть поставщиков услуг	65
D3. Что делать, если поставщик услуг покидает наш план	66
D4. Не входящие в сеть поставщики услуг	68
E. Программа долгосрочного обслуживания и поддержки (LTSS)	68
F. Услуги по охране психического здоровья (психическое здоровье и расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами)	70
F1. Услуги по охране психического здоровья в рамках программы Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана	71
G. Транспортные услуги	74
G1. Транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства	74
G2. Немедицинская транспортировка	76
H. Покрываемые услуги в случае получения скорой медицинской помощи, при острой необходимости или во время стихийного бедствия	78
H1. Получение услуг скорой помощи	78
H2. Неотложная помощь	79
H3. Получение обслуживания в условиях чрезвычайной обстановки	80
I. Что делать, если счет за покрываемые услуги прислали непосредственно вам	81
I1. Что делать, если ваш план не покрывает услуги	81
J. Страхование покрытия услуг здравоохранения, когда вы участвуете в клиническом научном исследовании	82
J1. Определение клинического научного исследования	82
J2. Оплата услуг когда вы участвуете в клиническом научном исследовании	83
J3. Более подробное ознакомление с клиническими научными исследованиями	83



K. Как покрываются услуги здравоохранения при нахождении в религиозном немедицинском учреждении по уходу	84
K1. Определение религиозного немедицинского учреждения по уходу.....	84
K2. Получение ухода в религиозном немедицинском учреждении	84
L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME)	85
L1. DME для участников нашего плана	85
L2. Владение DME при переходе в программу Original Medicare	85
L3. Льготы на получение кислородного оборудования для участников нашего плана	86
L4. Кислородное оборудование при переходе в программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA)	87



А. Информация об услугах и поставщиках

Под термином «**услуги**» подразумеваются услуги здравоохранения, услуги программы долгосрочного обслуживания и поддержки (long-term services and supports, LTSS), принадлежности, услуги охраны психического здоровья, рецептурные и безрецептурные препараты, оборудование и прочие услуги.

Покрываемые планом услуги — это любые из вышеперечисленных услуг, которые оплачивает наш план. Покрываемое медицинское обслуживание, услуги по охране психического здоровья и программа LTSS описаны в **главе 4** справочника участника. Покрываемые рецептурные и безрецептурные препараты приведены в **главе 5** справочника участника.

Поставщики услуг — это лицензированные штатом врачи, медсестры и другие лица, предоставляющие медицинское обслуживание и услуги. Поставщиками также являются больницы, агентства по оказанию медицинской помощи на дому, клиники и другие учреждения, которые предоставляют медицинские услуги, услуги по охране психического здоровья, медицинское оборудование и некоторые услуги LTSS.

Входящие в сеть поставщики услуг — это поставщики, которые работают совместно с нашим планом. Такие поставщики услуг согласились принимать оплату от нас в полном размере. Мы организовали предоставление вам этими поставщиками услуг, входящих в страховое покрытие. Как правило, входящие в сеть поставщики услуг выставляют нам счета напрямую за предоставленное вам обслуживание. Обращаясь к сетевому поставщику услуг, вы обычно ничего не платите за покрываемые услуги.

В. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом

Наш план покрывает все услуги, покрываемые в рамках программы Medicare, и большинство услуг, покрываемых в рамках программы Medi-Cal. Сюда входят некоторые услуги по охране психического здоровья и LTSS.

Наш план обычно оплачивает получаемые вами услуги здравоохранения, услуги по охране психического здоровья и услуги программы LTSS, если вы соблюдаете наши правила. Для покрытия планом:

- Получаемая вами медицинская помощь должна быть указана в таблице медицинских льгот в **главе 4** настоящего *справочника участника*.
- Услуги должны быть **необходимыми по медицинским показаниям**. Под необходимыми по медицинским показаниям услугами мы подразумеваем те, которые являются обоснованными и необходимыми для диагностики и лечения вашего заболевания. Необходимая по



медицинским показаниям помощь требуется для того, чтобы уберечь людей от серьезных заболеваний или инвалидности, а также чтобы уменьшить сильную боль путем лечения заболеваний, болезней или травм.

- Для получения медицинских услуг вам необходимо иметь входящего в сеть поставщика первичных медицинских услуг (**primary care provider, PCP**), который будет оказывать и контролировать получаемую вами медицинскую помощь. Как участник плана вы должны выбрать входящего в сеть поставщика, который будет вашим РСР (для получения более подробной информации см. **раздел D1** этой главы).
 - В большинстве случаев ваш РСР, входящий в сеть, или наш план должны выдать вам разрешение, если вы хотите пойти на прием к какому-либо другому поставщику, входящему в сеть плана, а не к вашему прикрепленному за вами РСР. Это называется **направлением**. Если разрешение не получено, мы можем не покрыть услуги.
 - РСР нашего плана входят в медицинские группы. При выборе поставщика РСР вы также выбираете и соответствующую медицинскую группу. Это означает, что ваш РСР будет выписывать вам направления к врачам-специалистам и на услуги в рамках данной медицинской группы. Медицинская группа — это *ассоциация РСР и специалистов, созданная с целью предоставления координированных услуг здравоохранения*.
 - Вам не нужны направления от РСР для получения экстренной или неотложной медицинской помощи, для обращения к врачу-гинекологу или для получения любой другой услуги, перечисленной в **разделе D1** настоящей главы.
- **Вам необходимо получать медицинскую помощь у входящих в сеть поставщиков услуг** (для получения более подробной информации см. **раздел D** этой главы). Обычно мы не покрываем стоимость услуг поставщика, который не сотрудничает с планом медицинского страхования. Это означает, что вам придется полностью оплачивать счета такого поставщика самостоятельно. Ниже описаны некоторые случаи, когда это правило не действует.
 - Мы покрываем скорую или неотложную помощь поставщика, не входящего в сеть (дополнительную информацию об этом см. в **разделе H** данной главы.)
 - Если вам необходимо обслуживание, покрываемое планом, а сетевые поставщики услуг не могут его вам предоставить, вы можете



получить помощь у поставщика вне сети. До обращения за несрочной медицинской помощью необходимо получить разрешение от плана L.A. Care Medicare Plus. В этой ситуации медицинское обслуживание будет оплачено нами полностью. Информацию о получении разрешения на использование услуг поставщика услуг, не входящего в сеть, см. в **разделе D4** данной главы.

- Мы покрываем услуги почечного диализа, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана в течение короткого времени или если ваш поставщик услуг временно недоступен или не может связаться с вами.
- Впервые став участником плана, вы можете подать запрос о продолжении лечения у своих текущих поставщиков услуг. За некоторыми исключениями, мы обязаны одобрить данный запрос, если мы сможем установить факт существования ваших текущих взаимоотношений с поставщиками услуг. См. **главу 1 справочника участника**. Если мы одобрим ваш запрос, вы сможете продолжать наблюдаться у своих поставщиков услуг на протяжении 12 месяцев. В течение этого времени ваш специалист по управлению обслуживанием свяжется с вами и поможет вам найти поставщиков в нашей сети, связанных с медицинской группой вашего РСР. Если по истечении 12 месяцев вы продолжите наблюдаться у поставщиков, не входящих в нашу сеть и не связанных с медицинской группой вашего РСР, мы прекратим покрытие вашего лечения.

Другое медицинское страховое покрытие: участники программы Medi-Cal должны использовать все другие виды медицинского страхового покрытия (other health coverage, ОНС) до использования льгот Medi-Cal, если та же услуга доступна в рамках вашего медицинского страхового покрытия, поскольку Medi-Cal является плательщиком последней инстанции. Это означает, что в большинстве случаев программа Medi-Cal будет вторичным плательщиком по отношению к Medicare ОНС, покрывая допустимые расходы, не оплаченные нашим планом или другой ОНС, в пределах ставки программы Medi-Cal.

Примечание для новых участников плана L.A. Care Medicare Plus: в большинстве случаев, вы будете зарегистрированы в плане L.A. Care Medicare Plus для получения льгот по программе Medicare первого числа следующего месяца после подачи вами запроса на регистрацию в плане L.A. Care Medicare Plus. Вы все еще сможете получать услуги программы Medi-Cal в рамках вашего предыдущего плана здравоохранения Medi-Cal на протяжении одного дополнительного месяца. После этого вы будете получать услуги Medi-Cal в рамках плана L.A. Care Medicare Plus. Перерывов в вашем покрытии Medi-Cal не будет. Если у вас возникнут вопросы, пожалуйста, позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.



С. Ваш Специалист по управлению обслуживанием

С1. Обязанности специалиста по управлению обслуживанием

Специалист по управлению обслуживанием — это медсестра или другой лицензированный специалист в области здравоохранения, который должен познакомиться с вами и понять ваши медицинские потребности. Специалист по управлению обслуживанием может принадлежать к вашей медицинской группе или плану L.A. Care Health Plan. Ваш специалист по управлению обслуживанием действует в сотрудничестве с вами, вашим врачом (врачами), лицами, осуществляющими уход, и другими лицами, участвующими в оказании вам медицинской помощи.

Ваш специалист по управлению обслуживанием сотрудничает с вами по следующим вопросам:

- о пересмотр ваших потребностей в медицинском обслуживании;
- о планирование обслуживания в сотрудничестве с вами и вашей группой медицинского обслуживания;
- о создание индивидуального плана обслуживания, где в центре внимания — ваши нужды и ваш выбор;
- о поддержка в координировании вашего обслуживания;
- о переговоры между вами и вашими докторами;
- о последующее наблюдение за состоянием вашего здоровья и внесению поправок в план по мере необходимости.

С2. Как связаться со специалистом по управлению обслуживанием

Звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

С3. Как вы можете поменять специалиста по управлению обслуживанием

Звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.



D. Получение обслуживания у поставщиков услуг

D1. Получение обслуживания у поставщика первичных медицинских услуг (РСП)

Вы должны выбрать поставщика первичного обслуживания (РСП), который будет предоставлять и координировать обслуживание. РСП нашего плана входят в медицинские группы. При выборе поставщика РСП вы также выбираете и соответствующую медицинскую группу.

Определение «РСП» и того, что РСП для вас делает

Когда вы становитесь участником нашего плана, вы должны выбрать входящего в сеть поставщика услуг, который станет вашим РСП. В качестве РСП можно выбрать терапевта, семейного врача, врача общей практики или акушера-гинеколога, который соответствует требованиям штата, и образование которого позволяет оказывать вам основные медицинские услуги. Вы будете получать плановое или основное обслуживание у своего РСП. Вы можете выбрать медицинский центр, прошедший федеральную аттестацию (Federally Qualified Health Center, FQHC), в качестве своего РСП. FQHC — это медицинские центры, которые находятся в регионах, где нет достаточного количества поставщиков услуг в сфере здравоохранения.

Ваш РСП будет координировать остальные покрываемые страховкой услуги, которые вы получаете как участник нашего плана. Например, чтобы обратиться к специалисту, обычно вам нужно сначала получить разрешение от РСП (это называется получить «направление» к специалисту). Примеры специальных услуг, для получения которых необходимо иметь направление:

- о рентгенография
- о лабораторные анализы
- о терапия
- о медицинская помощь врачей — специалистов
- о госпитализация
- о обслуживание в ходе последующего наблюдения

«Координирование» ваших услуг включает консультации с другими поставщиками услуг в пределах плана в отношении вашего медицинского обслуживания. Если вам необходимы некоторые виды покрываемых страховкой услуг или принадлежности, вы сначала должны получить одобрение вашего РСП (например, получив направление к специалисту). В некоторых случаях РСП сначала должен получить наше предварительное разрешение (предварительное



согласие). Поскольку РСР будет обеспечивать и координировать Ваше медицинское обслуживание, Вы должны передать ему всю имеющуюся у Вас медицинскую документацию.

Медицинский центр, прошедший федеральную аттестацию (FQHC), является клиникой и может быть вашим РСР. Центры FQHC получают финансирование от федерального правительства, потому что они расположены в районах, в которых не предлагается большое количество медицинских услуг. Позвоните в план L.A. Care Medicare Plus, чтобы узнать названия и адреса центров FQHC, которые работают с планом L.A. Care Medicare Plus, или сверьтесь со справочником поставщиков услуг.

План L.A. Care Medicare Plus сотрудничает со множеством врачей, специалистов, аптек, больниц и других поставщиков медицинских услуг. Некоторые из этих поставщиков работают в составе сети, которую также называют «медицинской группой» или «ассоциацией врачей независимой практики» (Independent Practice Association, IPA), и заключают договоры непосредственно с планом L.A. Care Medicare Plus.

Ваш поставщик первичных медицинских услуг (РСР) будет направлять вас к специалистам и в учреждения, которые входят в состав его медицинской группы, IPA или имеют отношение к плану L.A. Care Medicare Plus. Если вы уже наблюдаетесь у узкого специалиста, обратитесь к своему РСР или позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711). Отдел обслуживания участников поможет вам попасть на прием к этому поставщику, если вы имеете право на получение непрерывного медицинского обслуживания.

Ваш выбор РСР

Участники программы L.A. Care Medicare Plus будут включены в план L.A. Care как по программе Medicare, так и по программе Medi-Cal. Вам будет назначен врач первичного обслуживания Medicare, в обязанности которого будет входить координация услуг по программам Medicare и Medi-Cal. Вам не будет назначен врач первичного обслуживания Medi-Cal. Вы в любое время можете поменять своего РСР.

Сначала вам нужно будет выбрать РСР. Возможно, Вашим РСР сможет быть специалист. Специалист — это врач, предоставляющий услуги здравоохранения по лечению конкретного заболевания или части тела. Вы можете выбрать специалиста в качестве своего РСР, если этот врач указан как РСР в справочнике поставщиков услуг. Вы можете получать услуги у любого входящего в сеть поставщика услуг нашего плана, принимающего новых участников.

- Выберите РСР, у которого вы наблюдаетесь сейчас, или
 - которого вам порекомендовал человек, которому вы доверяете, или



- до кабинета которого вам легко добраться.
- Если вам требуется помощь в выборе РСР, звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. Или посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

Если вас интересует, оплатим ли мы ту или иную медицинскую услугу или уход, которые вы хотите получить или которые вам необходимы, позвоните в отдел обслуживания участников и спросите об этом, перед тем как воспользоваться услугой или уходом.

Если есть конкретный специалист или больница, чьими услугами вы хотите воспользоваться, важно проверить, включены ли они в медицинскую группу вашего РСР. Вы можете ознакомиться со *справочником поставщиков услуг и аптеки* или попросить сотрудника отдела обслуживания участников проверить, выдает ли ваш РСР направления к нужному вам специалисту или в нужную вам больницу.

Как сменить вашего РСР

Вы в любое время можете поменять своего РСР вне зависимости от причины. Кроме того, ваш РСР может перестать работать в сети нашего плана. Если РСР выходит из сети нашего плана, мы можем помочь вам найти нового РСР из нашей сети.

Чтобы поменять вашего РСР, позвоните в отдел обслуживания участников. Если отдел обслуживания участников получит ваш запрос на смену РСР до последнего рабочего дня текущего месяца, изменение вступит в силу с первого числа следующего месяца. Отдел обслуживания участников проверит, принимает ли выбранный вами РСР новых пациентов. Сотрудники отдела обслуживания участников внесут изменения в вашу учетную запись, чтобы указать имя и фамилию вашего нового РСР, и сообщат вам, когда смена РСР вступит в силу. Сотрудники отдела обслуживания участников также отправят вам новое удостоверение участника, в котором будут указаны имя, фамилия и номер телефона вашего нового РСР.

РСР нашего плана входят в медицинские группы. Если вы смените РСР, поменяется и медицинская группа. При подаче запроса о смене поставщика первичного обслуживания сообщите сотруднику отдела обслуживания участников, что вы посещаете специалиста или получаете другие покрываемые услуги, требующие одобрения РСР. Сотрудник отдела обслуживания участников уточнит, можете ли вы продолжать пользоваться специализированным обслуживанием и другими услугами, которыми вы пользовались на момент смены РСР.



Услуги, которые вы можете получить без предварительного разрешения от РСР

В большинстве случаев перед обращением к другим поставщикам услуг вам нужно получить разрешение своего РСР *или* нашего плана. Это называется **«направлением»**. Перечисленные ниже услуги можно получить без предварительного разрешения РСР *или* нашего плана:

- услуги экстренной медицинской помощи от сетевых поставщиков услуг или поставщиков, находящихся вне сети плана;
- срочно необходимые покрываемые услуги, требующие немедленной медицинской помощи (но не экстренной), если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если получение этой услуги от сетевых поставщиков нецелесообразно, учитывая ваше время, место и обстоятельства. Примерами срочно необходимых услуг являются непредвиденные заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые визиты к врачу (например, ежегодные осмотры) не считаются срочно необходимыми, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или наша сеть временно недоступна.
- Диализ почек, который вы получаете в сертифицированном программой Medicare центре диализа, находясь вне зоны обслуживания плана. Если вы позвоните в отдел обслуживания участников до того, как покинете зону обслуживания, мы сможем помочь вам получить диализ в поездке.
- Прививки от гриппа и COVID-19, а также гепатита В и пневмонии, если вы делаете их у сетевого поставщика услуг;
- Регулярные проверки женского здоровья и услуги по планированию семьи, Сюда также входят обследования молочных желез, маммографические обследования (рентген груди), мазок Папаниколау и обследования органов таза, если вы проходите их у сетевого поставщика услуг.

Кроме того, если вы — американский индеец, вы можете получать покрываемые услуги у поставщика медицинских услуг в рамках программы медицинского обслуживания американских индейцев по вашему выбору без направления от сетевого РСР или предварительного разрешения.

D2. Получение медицинской помощи у специалистов и других входящих в сеть поставщиков услуг

Специалист — это врач, предоставляющий услуги здравоохранения по лечению конкретного заболевания или части тела. Существует множество различных специалистов. Например:



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).

- Онкологи предоставляют медицинское обслуживание пациентам с раковыми заболеваниями.
- Кардиологи лечат пациентов с заболеваниями сердца.
- Ортопеды лечат пациентов с заболеваниями костей, суставов или мышц.

Ваш поставщик услуг может выдать вам направление к входящему в сеть специалисту или конкретным другим поставщикам услуг, если это необходимо с медицинской точки зрения для поддержания вашего здоровья. Для некоторых видов направлений поставщик услуг должен предварительно получить согласие вашей медицинской группы или плана L.A. Care Medicare Plus. Это называется «предварительным разрешением».

Очень важно получить предварительное разрешение до обращения к входящему в сеть врачу-специалисту или некоторым другим поставщикам услуг. Есть несколько исключений, в том числе регулярные проверки женского здоровья, о чем было сказано выше в данном разделе.

Если вы получили услуги специалиста или других поставщиков услуг без предварительного разрешения, возможно, вам придется оплатить эти услуги самостоятельно.

Если врач-специалист или другой поставщик услуг хочет, чтобы вы продолжили получать его услуги, сначала убедитесь, что предварительное разрешение, полученное для первого визита, покрывает последующие посещения.

Если вы хотите обратиться к конкретным специалистам, узнайте, направляет ли ваш поставщик услуг пациентов к этим специалистам. Для получения информации о том, для каких услуг требуется предварительное разрешение, см. главу 4.

D3. Что делать, если поставщик услуг покидает наш план

Входящий в сеть поставщик, услугами которого вы пользуетесь, может выйти из плана. Если один из ваших поставщиков услуг покинул нашу сеть, у вас есть определенные права и средства защиты, краткое описание которых приведено ниже:

- Несмотря на то, что в течение года сеть поставщиков услуг может меняться, мы обязаны предоставлять вам непрерывный доступ к квалифицированным поставщикам услуг.
- Мы сообщим вам, что ваш поставщик услуг покидает наш план, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика.



- Если ваш поставщик первичного обслуживания или поставщик охраны психического здоровья выйдут из нашего плана, и вы посещали этого врача в течение последних трех лет, мы пришлем вам уведомление.
- Если какой-либо из ваших других поставщиков услуг выйдет из нашего плана, мы уведомим вас, если вы прикреплены к этому поставщику услуг, получаете у него обслуживание в настоящее время или посещали его в течение последних трех месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового соответствующего требованиям сетевого поставщика услуг для продолжения оказания медицинской помощи.
- Если в настоящее время вы проходите лечение или процедуры у своего текущего поставщика услуг, вы имеете право попросить о продолжении получения необходимого медицинским показаниям лечения или процедур. Мы будем работать с вами, чтобы вы могли продолжать получать медицинскую помощь.
- Мы предоставим вам информацию о доступных периодах регистрации и возможностях смены плана.
- Если мы не можем найти квалифицированного сетевого специалиста, у которого вы сможете наблюдаться, мы должны организовать для вас услуги внесетевого специалиста, который будет оказывать вам медицинскую помощь, если сетевой поставщик услуг или льготы недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей. *Для этого необходимо предварительное разрешение.*
- Если вы узнали, что один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, свяжитесь с нами. Мы можем помочь вам выбрать нового поставщика услуг, который будет управлять вашим обслуживанием.
- Если вы считаете, что мы не заменили вашего предыдущего поставщика услуг на соответствующего требованиям поставщика медицинских услуг или что мы не оказываем вам медицинскую помощь надлежащим образом, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в Организацию по улучшению качества (Quality Improvement Organization, QIO), претензию на качество медицинской помощи или и то, и другое. Для получения более подробной информации см. **главу 9**.



D4. Не входящие в сеть поставщики услуг

Когда определенная медицинская услуга необходима по медицинским показаниям для обеспечения непрерывности медицинского обслуживания, а поставщик этой услуги недоступен в рамках нашей сети, план L.A. Care Medicare Plus или медицинская группа участника определяют подходящего поставщика услуг, не входящего в сеть плана, который способен предоставить необходимую медицинскую услугу. План L.A. Care Medicare Plus или медицинская группа заключат специальный контракт с данным поставщиком услуг, не входящим в сеть плана. Перед тем как обратиться к внесетевому поставщику услуг в зоне обслуживания плана L.A. Care Medicare Plus, вы должны получить предварительное одобрение (предварительное разрешение), за исключением скорой или неотложной медицинской помощи. Если вы получили услуги специалиста или других поставщиков услуг без предварительного разрешения, возможно, вам придется оплатить эти услуги самостоятельно.

Если вы являетесь новым участником плана L.A. Care и получаете лечение или услуги у поставщика, не входящего в сеть плана L.A. Care Medicare Plus Plan, план L.A. Care Medicare Plus Plan или медицинская группа заключат специальный контракт с указанным поставщиком услуг, не входящим в сеть плана. Существуют некоторые ограничения. Звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

Если вы обращаетесь к поставщику услуг вне сети, поставщик должен принимать страховое покрытие в рамках Medicare и/или Medi-Cal.

- Мы не можем оплатить услуги поставщика, который не имеет права принимать Medicare и/или Medicaid.
- Если вы обращаетесь к поставщику, который не имеет права принимать Medicare, вы должны оплатить полную стоимость получаемых вами услуг.
- Если поставщики услуг не имеют права участвовать в Medicare, они обязаны вам об этом сообщить.

Е. Программа долгосрочного обслуживания и поддержки (LTSS)

Программа LTSS может помочь вам оставаться дома и избежать пребывания в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Вы можете получить доступ к определенным услугам LTSS через наш план, включая



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

- Услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства Community Based Adult Services, CBAS)
 - Это программа, участники которой могут посещать центр в течение дня для получения помощи в решении своих повседневных задач.
- Общественные ресурсы по месту жительства
 - Услуги персонального ухода и помощи по дому (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
 - Временные услуги для лиц, которым нужна помощь в выполнении повседневных задач, таких как уборка дома, приготовление пищи или покупка продуктов. Могут предлагаться и другие услуги.
 - Кратковременные услуги взамен услуг ухаживающего лица
 - Данная услуга предусматривает отдых только основного лица, осуществляющего уход за участником.
 - Модификации дома
 - Физическая адаптация жилища, необходимая для обеспечения здоровья, благополучия и безопасности участника
 - Услуги по переходу в учреждения вспомогательного проживания
 - Содействие возвращению резидентов учреждений сестринского ухода на проживание в почти домашней обстановке, где они могут оставаться в своем сообществе, или избежать помещения в учреждение сестринского ухода. Эти услуги помогают участникам жить в сообществе и/или избегать помещения в специализированные учреждения, когда это возможно.
- Хоспис
 - Уход в хосписе — это комплексный подход к неизлечимо больным людям. Сюда входят медицинские, сестринские, социальные, психологические, эмоциональные и духовные услуги. Хоспис предусматривает мероприятия, направленные на улучшение качества жизни, включая комплексный уход за человеком.
 - Более подробную информацию см. в главе 4: Таблица льгот — Покрываемые услуги хосписа.



- Программа помощи на дому (In Home Supportive Services, IHSS)
 - IHSS — это программа штата Калифорния, доступная через агентство социальных услуг вашего округа. IHSS предоставляет временные услуги для лиц, которым нужна помощь в выполнении повседневных задач, таких как уборка дома, приготовление пищи или покупка продуктов. Могут предлагаться и другие услуги.
- Уход в учреждении промежуточного ухода
 - Общественное проживание, в условиях которого обеспечивается круглосуточный уход за членами семьи с инвалидностью вследствие порока развития.
- Паллиативный уход
 - Обслуживание, направленное на профилактику, лечение и облегчение боли и других изнуряющих последствий серьезных и хронических болезней.
- Учреждение квалифицированного сестринского ухода
 - Предоставляет медицинскую, социальную и персональную помощь для участников с медицинскими или психическими заболеваниями, которые нуждаются в постоянном, непрерывном уходе.

Если вы соответствуете критериям какой-либо из программ LTSS, мы поможем координировать эти услуги, чтобы обеспечить вам необходимый уход и поддержку на дому. Вы можете позвонить в отдел LTSS, чтобы обсудить эти программы, или поговорить со своим поставщиком медицинских услуг о ваших потребностях в уходе.

Г. Услуги по охране психического здоровья (психическое здоровье и расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами)

У вас будет доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам по охране психического здоровья, которые покрываются по программам Medicare и Medi-Cal. Мы обеспечиваем доступ к услугам охраны психического здоровья в рамках программы управляемого обслуживания Medicare и Medi-Cal. Наш план не предоставляет специализированные услуги по охране психического здоровья в рамках программы Medi-Cal или услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, но эти услуги доступны вам через Департамент охраны психического здоровья округа Лос-Анджелес или Департамент общественного здравоохранения округа Лос-Анджелес по профилактике и контролю злоупотребления психоактивными веществами.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия TTY: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

План L.A. Care предлагает поддержку при легких и умеренных нарушениях, вызванных психическим расстройством, которые называются неспециализированными услугами по охране психического здоровья (Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS) и предоставляются в учреждениях Carelon Behavioral Health, одного из продавцов услуг плана L.A. Care. Эти услуги включают, но не ограничиваются, следующим:

- Оценка состояния психического здоровья и лечение, включая индивидуальную, групповую и семейную психотерапию
- Амбулаторные услуги, включающие лабораторные анализы, препараты и товары медицинского назначения
- Амбулаторные услуги, позволяющие контролировать лекарственную терапию
- Психиатрическое консультирование
- Психологическое тестирование с целью выявления психического заболевания
- Госпитализация в психиатрический стационар

F1. Услуги по охране психического здоровья в рамках программы Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана

Специальные услуги по охране психического здоровья программы Medi-Cal доступны через окружной план охраны психического здоровья (mental health plan, МНР), если вы отвечаете критериям для получения специальных услуг по охране психического здоровья. Следующие специальные услуги по охране психического здоровья программы Medi-Cal предоставляются через Департамент охраны психического здоровья округа Лос-Анджелес (Department of Mental Health, DMH):

- услуги по охране и восстановлению психического здоровья;
- обеспечение лекарственными препаратами
- интенсивное лечение в течение дня
- реабилитационные услуги в дневное время
- кризисное вмешательство
- стабилизация критических состояний
- услуги реабилитации взрослых в учреждении интернатного типа
- услуги реабилитации в кризисных ситуациях в учреждении интернатного типа



- услуги психиатрических учреждений
- Комплекс услуг для одного пациента по конкретному заболеванию
- услуги стационара в психиатрической больнице
- повторная госпитализация по решению суда
- целевое ведение дел
- асертивное лечение в сообществе (assertive community treatment, ACT)
- судебно-экспертное асертивное лечение в сообществе (forensic assertive community treatment, FACT)
- координированная специализированная помощь (coordinated specialty care, CSC) при первом эпизоде психоза (first episode psychosis, FEP)
- услуги клуба
- расширенные услуги работников общественного здравоохранения (community health worker, CHW)
- поддержка при трудоустройстве
- поддержка от сверстников
- мобильное кризисное вмешательство в сообществе
- терапевтические поведенческие услуги
- терапевтическая воспитание приемного ребенка
- координирование интенсивного обслуживания
- интенсивные услуги на дому.

В число услуг программы Drug Medi-Cal, получаемых в рамках Департамента здравоохранения округа Лос-Анджелес, отдел профилактики и контроля злоупотребления психоактивными веществами (Department of Public Health, Substance Abuse, Prevention and Control, DPH-SAPC), входят:

- услуги по интенсивному амбулаторному лечению
- перинатальное лечение с проживанием расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ
- амбулаторное лечение
- программа лечения наркозависимости
- лекарственные препараты для лечения зависимости (также называется медикаментозным лечением)



Услуги организованной системы доставки Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) доступны через Департамент здравоохранения округа Лос-Анджелес, отдел профилактики и контроля злоупотребления психоактивными веществами DPH-SAPC, если вы соответствуете критериям для их получения. Услуги DMC-ODS включают:

- амбулаторное лечение
- услуги по интенсивному амбулаторному лечению
- лекарственные препараты для лечения зависимости (также называется медикаментозным лечением)
- услуги лечения с проживанием
- управление процессом выхода из острой зависимости
- программа лечения наркозависимости
- помощь в реабилитации
- ведение пациентов
- услуги раннего вмешательства (для участников младше 21 года)
- раннее периодическое обследование, диагностика и лечение (для участников в возрасте до 21 года)
- стационарное лечение

В дополнение к перечисленным выше услугам, у вас может быть доступ к услугам добровольной стационарной детоксикации, если вы соответствуете необходимым критериям.

Участники плана для лиц с особыми потребностями, имеющих право на двойное участие (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP), которым требуются услуги по охране психического здоровья, включая как психиатрические услуги, так и услуги по лечению от злоупотребления психоактивными веществами, могут получить доступ к услугам либо через поставщика услуг по охране психического здоровья плана L.A. Care, плана Carelon Behavioral Health, либо через Департамент охраны психического здоровья округа Лос-Анджелес (DMH), либо через Департамент здравоохранения, лечения от злоупотребления психоактивными веществами и профилактики и контроля (DPH-SAPC) округа Лос-Анджелес. Система доставки, в рамках которой участники могут получить доступ к медицинской помощи, зависит от типа и тяжести симптомов и нарушений. Для доступа к услугам по охране психического здоровья направление от PCP не требуется, а доступ к



услугам осуществляется по принципу «неверного пути нет» с несколькими точками отсчета. Необходимая «по медицинским показаниям» услуга или медицинская необходимость — это услуга, которая целесообразна и необходима для защиты жизни, профилактики серьезной болезни или серьезной инвалидности, либо для облегчения сильной боли.

Координация услуг по охране психического здоровья для членов D-SNP будет осуществляться планом L.A. Care, когда члены семьи по мере необходимости получают доступ к услугам по охране психического здоровья через учреждения округа, и при необходимости подписывают соответствующие согласия. План L.A. Care и окружные органы следуют взаимно согласованной процедуре рассмотрения, чтобы способствовать своевременному разрешению клинических и административных споров.

Для получения услуг плана по охране и восстановлению психического здоровья обращайтесь в Caelon Behavioral Health по телефону 1-877-344-2858.

Для получения специальных услуг по охране психического здоровья, позвоните на линию получения помощи DMH округа Лос-Анджелес по телефону 1-800-854-7771.

Для получения услуг в сфере лечения от злоупотребления психоактивными веществами в рамках DPH-SAPC округа Лос-Анджелес, позвоните на горячую линию по вопросам наркозависимости (Substance Abuse Services Hotline, SASH) по телефону 1-844-804-7500.

Сотрудники данного учреждения готовы помочь вам найти нужные услуги круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

Г. Транспортные услуги

Г1. Транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства

Вы имеете право на получение услуг транспортировки по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, если у вас есть медицинские потребности, которые не позволяют вам использовать автомобиль, автобус или такси для посещения врача. Транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, может быть предоставлена для получения покрываемых услуг, таких как прием врача, стоматолога, психиатра, нарколога, а также визита в аптеку. Если вам требуется транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, вы можете обратиться к своему РСР или другому поставщику медицинских услуг и попросить об этой услуге. Ваш РСР или



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

другой поставщик услуг определит вид транспортировки, необходимый в соответствии с вашими потребностями. Если вам требуется транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, вам дадут назначение на ее получение, заполнив форму и отправив ее в план L.A. Care Medicare Plus для получения разрешения. В зависимости от медицинской потребности, разрешение будет действовать в течение одного года. Ваш РСР или другой поставщик услуг должен пересматривать вашу потребность в транспортировке по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, каждые 12 месяцев.

Вам может быть предоставлена машина скорой помощи, машина для перевозки лежачих больных, машина, оборудованная для перевозки инвалидной коляски, или воздушный транспорт. План L.A. Care Medicare Plus покрывает услугу медицинской транспортировки самой низкой стоимости в соответствии с вашими потребностями в транспортировке по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, когда вы едете на прием к врачу. Другими словами, если ваше физическое или медицинское состояние позволяет осуществить транспортировку на машине для перевозки пациентов в инвалидном кресле, план L.A. Care Medicare Plus не будет оплачивать услуги машины скорой помощи. Вы вправе воспользоваться воздушным транспортом только в том случае, если в силу вашего медицинского состояния наземная транспортировка невозможна.

Транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, должна использоваться в следующих случаях:

- РСР или другой поставщик услуг выдал письменное заключение о такой необходимости, так как ваше физическое или медицинское состояние не позволяет вам добраться на прием к врачу на автобусе, такси, автомобиле или микроавтобусе.
- По причине инвалидности при физическом или психическом заболевании вам нужна помощь водителя, чтобы добраться из или до дома, транспортного средства или места лечения.

Чтобы запросить медицинскую транспортировку, которую ваш врач прописал для несрочных **плановых визитов**, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus как минимум за два рабочих дня (понеделник-пятница) до приема у врача по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Если посещение врача **необходимо срочно**, звоните как можно скорее. Во время звонка будьте готовы назвать номер своей идентификационной карты участника плана. Вы также можете позвонить, если вам нужна дополнительная информация.



Ограничения на немедицинскую транспортировку

L.A. Care Medicare Plus покрывает услугу медицинской транспортировки самой низкой стоимости, отвечающую вашим потребностям, к ближайшему от вашего дома поставщику медицинских услуг, к которому можно записаться на прием. Медицинская транспортировка не будет предоставлена, если Medicare или Medi-Cal не покрывают расходы на получаемую вами медицинскую услугу. Если прием покрывается программой Medi-Cal, но не покрывается планом медицинского страхования, план L.A. Care Medicare Plus предоставит услугу транспортировки или поможет ее организовать. Перечень покрываемых услуг приведен в **главе 4** данного справочника участника. Транспортировка к внесетевому поставщику услуг или за пределы зоны обслуживания плана L.A. Care Medicare Plus не покрывается (за исключением случаев, когда было получено предварительное разрешение).

G2. Немедицинская транспортировка

Льгота на немедицинскую транспортировку включает поездки туда и обратно для получения услуг, разрешенных вашим поставщиком. Вы можете пользоваться транспортом бесплатно, когда вы:

- едете туда и обратно для получения услуг, разрешенных вашим поставщиком, **или**
- вам нужно получить лекарства и товары медицинского назначения.

План L.A. Care Medicare Plus позволяет использовать автомобиль, такси, автобус или другой общественный или частный транспорт для поездки на прием к врачу с целью получения разрешенного вашим поставщиком услуг обслуживания. L.A. Care Medicare Plus использует услугу компанию Call the Car для организации немедицинской транспортировки. Мы покрываем услугу немедицинской транспортировки самой низкой стоимости, которая отвечает вашим потребностям.

В некоторых случаях вы можете получить назад деньги, потраченные вами на частный транспорт. Это **должно** быть одобрено планом L.A. Care Medicare Plus до того, как вы совершите поездку, и вы должны сообщить нам, почему вы не можете воспользоваться другими способами, например автобусом. Вы можете сообщить нам об этом, сделав звонок. **Вы не сможете получить возмещение расходов за самостоятельное вождение.**

Для возмещения стоимости топлива необходимо наличие всех следующих документов:

- водительское удостоверение водителя



- регистрация транспортного средства водителя
- подтверждение наличия страховки автомобиля у водителя

Чтобы запросить транспортировку, на которую получено разрешение, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus как минимум за два рабочих дня (понедельник -пятница) до приема у врача по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Если посещение врача **необходимо срочно**, звоните как можно скорее. Во время звонка будьте готовы назвать номер своей идентификационной карты участника плана. Вы также можете позвонить, если вам нужна дополнительная информация.

Примечание: американские индейцы могут обратиться в местную клинику для американских индейцев с просьбой о немедицинском транспорте.

Ограничения, накладываемые на немедицинскую транспортировку

L.A. Care Medicare Plus покрывает услугу немедицинской транспортировки самой низкой стоимости, отвечающую вашим потребностям, к ближайшему от вашего места жительства поставщику медицинских услуг, к которому можно записаться на прием. **Вы не можете поехать на автомобиле самостоятельно или затем получить за это компенсацию.**

Услуги немедицинской транспортировки **не** предоставляются, если:

- Для того чтобы добраться до места оказания помощи, необходима машина скорой помощи, носилочный фургон, фургон для перевозки инвалидов колясок или другой вид транспортировки по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства.
- По причине инвалидности при физическом или психическом заболевании нужна помощь водителя, который довезет вас до дома, транспортного средства или места лечения и обратно.
- Вы находитесь в инвалидной коляске и не можете попасть в транспортное средство или покинуть его без помощи водителя.
- Получаемая вами услуга не покрывается программами Medicare и Medi-Cal.



Н. Покрываемые услуги в случае получения скорой медицинской помощи, при острой необходимости или во время стихийного бедствия

Н1. Получение услуг скорой помощи

Экстренная медицинская ситуация — медицинское состояние, симптомами которого являются сильная боль или серьезная травма, а также заболевание, которое ухудшается очень быстро. Состояние является настолько серьезным, что без немедленного медицинского вмешательства вы или любой человек, обладающий средними знаниями в области медицины и здравоохранения, можете предположить, что оно приведет к следующим последствиям:

- серьезному риску для вашей жизни или жизни вашего неродившегося ребенка, **или**
- существенно нарушит функционирование всего организма; **или**
- приведет к тяжелому нарушению функций органов или систем организма; **или**
- при беременности во время активных родовых схваток, когда:
 - недостаточно времени, чтобы безопасно доставить роженицу в специализированную больницу до родоразрешения
 - транспортировка в другую больницу может представлять угрозу для здоровья или безопасности роженицы или неродившегося ребенка.

Если вам требуется скорая помощь:

- **Обратитесь за помощью как можно скорее.** Позвоните 911 или доберитесь до ближайшего отделения скорой помощи или больницы. Вызовите скорую помощь, если в этом есть необходимость. Вам не нужны предварительное направление, **ни** одобрение от вашего РСР. Вы не должны искать сетевого поставщика услуг. Вы можете получить покрываемую скорую медицинскую помощь в любое время, в любой точке США или на их территориях, у любого поставщика услуг, имеющего соответствующую государственную лицензию, даже если он не входит в нашу сеть.
- **Как только представится возможность, обязательно сообщите в наш план о вашей экстренной ситуации.** Нам нужно проследить за оказанием вам скорой медицинской помощи. Вам, вашему специалисту по управлению обслуживанием или иному лицу надо позвонить нам, как правило, в течение 48 часов, чтобы сообщить о полученной вами скорой медицинской помощи. Однако вам не придется платить за услуги скорой помощи, даже если вы не сообщите нам об этом сразу. Свяжитесь



со службой поддержки участников по телефону 1-833-522-3767 (работает 24 часа в сутки, в том числе по выходным и праздничным дням)

Покрываемые услуги в экстренной ситуации

Наш план покрывает услуги кареты скорой помощи в ситуациях, когда поездка в отделение неотложной помощи иным способом может поставить под угрозу ваше здоровье. Мы также покрываем медицинские услуги во время чрезвычайной ситуации. Для получения более подробной информации см. таблицу льгот в **главе 4** данного справочника участника.

Врачи, оказывающие вам экстренную медицинскую помощь, решают, когда ваше состояние стабилизируется и экстренная ситуация закончилась. Они продолжают ваше лечение и свяжутся с нами с целью составления плана обслуживания в ходе последующего наблюдения, необходимого для выздоровления. Medicare не предоставляет покрытие расходов на экстренную медицинскую помощь за пределами Соединенных Штатов и их территорий.»

Наш план покрывает ваше обслуживание в ходе последующего наблюдения. Если экстренная помощь будет оказана вам поставщиком услуг, не входящим в сеть, мы постараемся как можно скорее перевести вас к входящему в сеть поставщику услуг.

Получение неотложной помощи, если ситуация не была экстренной

Иногда трудно понять, требовало ли ваше состояние скорой медицинской помощи или скорой помощи в сфере охраны психического здоровья. Возможно, при обращении в отделение скорой помощи врач установит, что ваше состояние не было экстренным. Если у вас были разумные основания полагать, что вашему здоровью угрожает серьезная опасность, мы покроем стоимость вашего обслуживания.

Тем не менее, после заявления врача, что это было состояние, не требующее скорой помощи, мы включим стоимость дополнительного медицинского обслуживания в покрытие только при соблюдении следующих условий:

- вы обратились к входящему в сеть поставщику услуг **или**
- полученное вами дополнительное обслуживание считается «срочно необходимым обслуживанием», и вы выполнили правила для получения такой помощи. См. следующий раздел.

Н2. Неотложная помощь

Неотложная помощь — это помощь, которую оказывают в случае, когда обращения в отделение скорой помощи не требуется, однако она нужна незамедлительно. Например, у вас может обостриться существующее заболевание или возникнуть непредвиденная болезнь или травма.



Получение неотложной помощи в зоне обслуживания плана

Мы покроем неотложную помощь, только если:

- вы получили помощь у входящего в сеть поставщика услуг **и**
- вы выполнили другие правила, описанные в данной главе.

Если вы не можете по уважительным причинам обратиться к сетевому поставщику услуг, с учетом вашего времени, местонахождения или обстоятельств, мы оплатим неотложную помощь, полученную вами у внесетевого поставщика услуг.

Как получить неотложную медицинскую помощь

- Чтобы найти ближайший к вам центр неотложной помощи, позвоните по телефону 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

Получение неотложной помощи вне зоны обслуживания плана

Когда вы находитесь вне зоны обслуживания, у вас может не быть возможности получить помощь у входящего в сеть поставщика услуг. В этом случае наш план оплатит неотложную помощь, полученную вами у любого поставщика услуг. Необходимые по медицинским показаниям плановые визиты к врачу (например, ежегодные осмотры) не считаются срочно необходимыми, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или наша сеть временно недоступна.

План L.A. Care Medicare Plus предлагает экстренное покрытие по всему миру за пределами США. Мы покроем до \$10,000 от общей стоимости скорой/ неотложной помощи. Для получения более подробной информации см. таблицу льгот в главе 4.

Наш план не покрывает неотложную помощь или любую другую помощь в ситуациях, не требующих срочного вмешательства, полученную вами за пределами США и территорий.

НЗ. Получение обслуживания в условиях чрезвычайной обстановки

Если губернатор Калифорнии, министр здравоохранения и социального обеспечения США или Президент Соединенных Штатов Америки объявляет о чрезвычайном положении или ситуации в вашем географическом районе, вы сохраняете право на получение медицинского обслуживания в рамках нашего плана.

Для получения дополнительной информации о том, как получить необходимую медицинскую помощь в условиях чрезвычайной обстановки,



посетите веб-сайт: medicare.lacare.org.

Если во время объявленного бедствия вы не можете воспользоваться услугами сетевого поставщика, мы позволим вам получить обслуживание у поставщиков, *не входящих в сеть*, по ставке сетевого долевого участия в оплате. Если вы не можете воспользоваться сетевой аптекой во время объявленного бедствия, вы сможете получить рецептурные препараты в аптеке, не входящей в сеть. См. **главу 5** данного *справочника участника* для получения дополнительной информации.

I. Что делать, если счет за покрываемые услуги прислали непосредственно вам

Если вы заплатили за покрываемые услуги сумму, превышающую сумму долевого участия в оплате по вашему плану, или если вы получили счет на полную стоимость покрываемых медицинских услуг, обратитесь к **главе 7** настоящего *справочника участника*, чтобы узнать, что делать.

Вы не должны оплачивать счет сами. Если вы оплатите его, возможно, план не сможет возместить вам эту сумму.

II. Что делать, если ваш план не покрывает услуги

Наш план покрывает все услуги:

- которые признаны необходимыми по медицинским показаниям, **и**
- которые перечислены в таблице льгот плана (см. главу 4) данного *справочника участника*, **и**
- которые вы получаете, соблюдая правила плана.

Если вы получаете услуги, которые не покрываются нашим планом, **вы оплачиваете полную стоимость самостоятельно**, если только они не покрываются другой программой Medi-Cal вне нашего плана.

Если вы хотите знать, оплатим ли мы ту или иную медицинскую услугу или лечение, вы имеете право спросить нас об этом. Вы также имеете право задать вопрос в письменной форме. Если мы сообщим о том, что не будем оплачивать оказываемые вам услуги, у вас есть право подать апелляцию, чтобы оспорить решение.

В главе 9 данного *справочника участника* предоставлены объяснения, что делать, если вы хотите, чтобы мы покрыли медицинский товар или услугу. Там



также объясняется, как подать апелляцию, чтобы оспорить наше решение в отношении покрытия. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы подробнее узнать о ваших правах на апелляцию.

Мы оплачиваем некоторые услуги до определенного предела. Если вы превысите данный лимит, вам придется оплатить полную стоимость данной услуги, чтобы получить ее в дальнейшем. Информацию о конкретных ограничениях льгот см. в **главе 4**. Позвоните в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, каковы лимиты на льготы и какую часть льгот вы уже использовали.

J. Страхование покрытия услуг здравоохранения, когда вы участвуете в клиническом научном исследовании

J1. Определение клинического научного исследования

План L.A. Care покрывает расходы на плановый уход за пациентами, принятыми в клинические исследования, включая клинические исследования по лечению рака, список которых в США находится на сайте <https://clinicaltrials.gov>. Программа Medi-Cal Rx, часть программы оплаты за услугу (fee for service, FFS) Medi-Cal, покрывает большинство амбулаторных рецептурных лекарственных препаратов.

Клиническое научное исследование (также называется клиническое исследование) — это способ, при помощи которого врачи тестируют новые виды медицинской помощи или препаратов. Клинические научные исследования, одобренные Medicare, обычно предполагают участие добровольцев. Во время участия в клиническом научном исследовании вы можете оставаться участником нашего плана и продолжать получать остальную медицинскую помощь (не связанную с исследованием) в рамках нашего плана.

Если вы хотите принять участие в клиническом научном исследовании, одобренном программой Medicare, вам **не** нужно сообщать об этом нам, получать разрешение от нас или вашего поставщика первичных медицинских услуг. Поставщики услуг, оказывающие вам медицинскую помощь в рамках исследования, **не** должны входить в сеть нашего плана. Это не относится к покрываемым льготам, для оценки эффективности которых требуется проведение клинического испытания или регистрации, включая определенные льготы, требующие покрытия исследований с разработкой доказательств (national coverage determination — coverage with evidence development, NCD-CED), а также исследования экспериментальных устройств (investigational device exemption, IDE). На эти льготы также может распространяться требование о



получении предварительного разрешения и других правил плана.

Мы рекомендуем вам сообщать нам о своих намерениях до того, как вы начнете участие в клиническом научном исследовании.

Если вы планируете участвовать в клиническом научном исследовании, покрываемом в рамках программы Original Medicare, вы или ваш специалист по управлению обслуживанием должны обратиться в отдел обслуживания участников и сообщить, что вы будете участником клинического исследования.

J2. Оплата услуг когда вы участвуете в клиническом научном исследовании

Если вы добровольно участвуете в клиническом исследовании, одобренном программой Medicare, вы ничего не платите за услуги, покрываемые в рамках исследования. Программа Medicare оплачивает услуги, покрываемые в рамках исследования, а также рутинные расходы, связанные с вашим лечением. Когда вы становитесь участником одобренного программой Medicare клинического научного исследования, мы покрываем большинство услуг и иных необходимых предметов, которые вы получаете в рамках исследования. Сюда входят следующие услуги:

- проживание и питание во время пребывания в больнице, которое было бы оплачено программой Medicare, даже если бы вы не участвовали в исследовании;
- операции или другие медицинские процедуры, которые являются частью научного исследования;
- лечение любых побочных эффектов и осложнений, вызванных новыми методами лечения.

Если вы участвуете в исследовании, **не** получившем одобрение программы Medicare, вам придется оплатить все расходы, связанные с участием в исследовании.

J3. Более подробное ознакомление с клиническими научными исследованиями

Подробнее об участии в клинических научных исследованиях можно узнать, ознакомившись с публикацией «Программа Medicare и клинические научные исследования (Medicare & Clinical Research Studies)» на веб-сайте программы Medicare [www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf]). Позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.



К. Как покрываются услуги здравоохранения при нахождении в религиозном немедицинском учреждении по уходу

К1. Определение религиозного немедицинского учреждения по уходу

Религиозное немедицинское учреждение по уходу — это учреждение, предоставляющее уход, который обычно получают в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если получение услуг в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит вашим религиозным убеждениям, мы оплатим уход в религиозном учреждении по уходу, не имеющем отношения к медицине.

Эта льгота действует только для стационарного обслуживания по части А по программе Medicare (немедицинские услуги здравоохранения).

К2. Получение ухода в религиозном немедицинском учреждении

Для получения ухода в религиозном немедицинском учреждении по уходу вы должны подписать юридический документ, в котором говорится, что вы против получения медицинского обслуживания, которое «не исключено».

- «Неисключенное» медицинское обслуживание — любой уход, который является **добровольным и не необходим** в соответствии с федеральным и местным законодательством, а также законодательством штата.
- «Исключенное» медицинское лечение — любой уход, который **не является добровольным и требуется** в соответствии с федеральным и местным законодательством, а также законодательством штата.

Чтобы уход в религиозном немедицинском учреждении покрывался в рамках нашего плана, он должен соответствовать следующим требованиям:

- учреждение, осуществляющее уход, должно быть сертифицировано программой Medicare;
- наш план покрывает только нерелигиозные аспекты ухода.
- Если вы получаете услуги от такого учреждения на его же территории, применяются следующие требования:
 - ваше состояние здоровья должно быть таким же, как если бы вы получали покрываемый стационарный уход в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода;
 - вы должны получить от нас разрешение до поступления в учреждение, иначе ваше пребывание в нем **не** будет оплачено.



Ограничения страхового покрытия программы Medicare не распространяются на стационарное пребывание в больнице, если больница входит в сеть плана медицинского страхования. *Для получения более подробной информации см. таблицу льгот в главе 4.*

L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME)

L1. DME для участников нашего плана

Примерами необходимых по медицинским показаниям предметов Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME), назначенных поставщиком услуг, могут служить инвалидные кресла, костыли, матрасные устройства с мотором, диабетические принадлежности, заказанные поставщиком услуг больничные кровати для использования на дому, инфузионные помпы для внутривенных вливаний (капельницы [intravenous, IV]), голосообразующие аппараты, кислородные баллоны и оборудование, аэрозольные аппараты и ходунки.

Некоторые предметы DME, например протезы, становятся вашей собственностью.

Другие предметы DME вы должны арендовать. Как участник нашего плана, вы, как правило, **не** станете владельцем арендованных предметов DME, независимо от того, как долго вы их арендуете.

В некоторых ситуациях мы передадим вам право собственности на DME. За дополнительной информацией обращайтесь в отдел обслуживания участников по телефону, указанному в нижней части данной страницы.

Даже если до регистрации в нашем плане вы пользовались DME в течение 12 месяцев подряд в рамках программы Medicare, вы **не** станете владельцем оборудования. Программа Medicare обычно покрывает только медицинское оборудование, используемое вами дома. Однако Medi-Cal также может помочь оплатить оборудование, необходимое вам вне дома, например, в вашем районе.

L2. Владение DME при переходе в программу Original Medicare

По программе Original Medicare, арендаторы некоторых видов DME становятся собственниками оборудования через 13 месяцев. План Medicare Advantage (MA) устанавливает, на протяжении скольких месяцев некоторые виды DME надо арендовать, прежде чем оно перейдет в собственность.



Если у вас больше нет права на программу Medi-Cal, вам необходимо сделать 13 платежей подряд в рамках программы Original Medicare, или количество платежей, установленных планом МА, чтобы DME перешло в ваше владение, при условии, что:

- вы не стали владельцем DME, пока были участником нашего плана, и
- вы выходите из нашего плана и получаете льготы по программе Medicare вне плана медицинского страхования в рамках Original Medicare или плана МА.

Если вы вносили платежи за DME в рамках программы Original Medicare или плана МА до того, как присоединились к нашему **плану, платежи, сделанные вами по программе Original Medicare или плану МА, не учитываются при подсчете количества требуемых платежей по выходу из нашего плана.**

- По программе Original Medicare, вам необходимо сделать 13 новых платежей подряд, или выплатить определенное количество новых платежей, установленных планом МА, чтобы вступить во владение DME.
- Если вы возвращаетесь в программу Original Medicare или план МА, данное условие не подлежит никаких исключений.

Л3. Льготы на получение кислородного оборудования для участников нашего плана

Если вы имеете право на кислородное оборудование в рамках программы Medicare, мы покроем:

- аренду кислородного оборудования
- доставку кислорода и кислородных составляющих
- трубки и сопутствующие аксессуары для доставки кислорода и кислородных составляющих
- обслуживание и ремонт кислородного оборудования.

Кислородное оборудование должно быть возвращено владельцу, когда в нем больше нет необходимости по медицинским показаниям, или когда вы покидаете план.



L4. Кислородное оборудование при переходе в программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA)

Когда медицинское оборудование необходимо вам по медицинским показаниям, и **вы покидаете наш план, перейдя в программу Original Medicare**, вы возьмете его в аренду у поставщика на срок 36 месяцев. Ваши ежемесячные арендные платежи покрывают кислородное оборудование, а также материалы и услуги, перечисленные выше. Покрытие в рамках программ Medicare и Medi-Cal распространяется эти платежи, если вы все еще являетесь участником программ Medicare и Medi-Cal.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям по **окончании 36-месячного срока аренды**, ваш поставщик должен предоставить:

- кислородное оборудование, материалы и услуги еще на 24 месяца;
- кислородное оборудование и расходные материалы на срок до 5 лет, если это необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование по-прежнему необходимо с медицинской точки зрения **по окончании 5-летнего срока**:

- ваш поставщик больше не обязан его предоставлять, и вы можете выбрать замену оборудования у любого поставщика;
- начнется новый 5-летний срок;
- вы возьмете оборудование в аренду у поставщика на срок 36 месяцев.
- Ваш поставщик должен предоставить кислородное оборудование, материалы и услуги еще на 24 месяца;
- Новый цикл начинается каждые 5 лет, если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям.

Когда кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям, и **вы покидаете наш план, перейдя в другой план MA**, план будет покрывать как минимум то, что покрывает программа Original Medicare. Вы можете спросить свой новый план MA, какое кислородное оборудование и материалы он покрывает, и сколько вам это будет стоить.



Глава 4. Таблица льгот

Введение

В данной главе рассказывается об услугах, которые покрывает наш план, а также об ограничениях и запретах на услуги. Также здесь приведена информация о льготах, не покрываемых в рамках нашего плана. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного *справочника участника*.

Примечание для новых участников плана L.A. Care Medicare Plus: в большинстве случаев, вы будете зарегистрированы в плане L.A. Care Medicare Plus для получения льгот по программе Medicare первого числа следующего месяца после подачи вами запроса на регистрацию в плане L.A. Care Medicare Plus. Вы все еще сможете получать услуги программы Medi-Cal в рамках вашего предыдущего плана медицинского страхования Medi-Cal на протяжении одного дополнительного месяца. После этого вы будете получать услуги Medi-Cal в рамках плана L.A. Care Medicare Plus. Перерывов в вашем покрытии Medi-Cal не будет. Если у вас возникнут вопросы, пожалуйста, позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

Содержание

A. Ваши покрываемые услуги	90
B. Правила, запрещающие поставщикам услуг выставлять счет за услуги непосредственно вам.....	90
C. О таблице льгот нашего плана	90
D. Таблица льгот нашего плана	94
E. Общественные ресурсы по месту жительства	169



F. Льготы, покрываемые вне нашего плана	172
F1. Программа перехода на проживание по месту жительства в Калифорнии (CCT)	172
F2. Стоматологическая программа Medi-Cal Dental	173
F3. Программы предоставления услуг поддержки на дому (IHSS)	174
F4. 1915(c) Программы услуг на дому и по месту жительства (HCBS)	174
F5. Услуги по охране психического здоровья, предоставляемые в рамках округа вне нашего плана (психическое здоровье и лечение наркотической зависимости)	178
G. Льготы, не покрываемые нашим планом, программой Medicare или Medi-Cal	181



А. Ваши покрываемые услуги

В этой главе рассказывается об услугах, которые покрывает наш план. Вы также сможете узнать, какие услуги не входят в страховое покрытие. Информацию о страховом покрытии препаратов можно найти в **главе 5** справочника участника. В данной главе также разъясняются ограничения на некоторые услуги.

Поскольку вы получаете помощь от Medi-Cal, вы ничего не доплачиваете за покрываемые услуги при условии, что вы следуете правилам плана. См. **главу 3** справочника участника, чтобы подробнее узнать о правилах плана.

Если вам потребуется помощь, чтобы понять, какие услуги входят в страховое покрытие, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни.

В. Правила, запрещающие поставщикам услуг выставять счет за услуги непосредственно вам

Мы не разрешаем нашим поставщикам услуг выставять счета непосредственно вам за покрываемые планом в рамках сети услуги. Мы платим нашим поставщикам напрямую, тем самым освобождая вас от любых затрат. Это относится даже к тем случаям, когда мы платим поставщику меньше, чем указано в счете за оказанную услугу.

Вы никогда не должны получать счет от поставщика услуг за покрываемые услуги. Если вы получили счет, см. **главу 7** справочника участника или звоните в отдел обслуживания участников.

С. О таблице льгот нашего плана

В таблице льгот содержится информация о том, какие услуги оплачивает наш план. В нем перечислены категории услуг в алфавитном порядке и разъяснены покрываемые услуги.

Мы оплачиваем услуги, перечисленные в таблице льгот, при соблюдении следующих правил. Вы ничего **не** платите за услуги, перечисленные в таблице льгот, при условии соблюдения вами требований, описанных ниже.

- Мы предоставляем покрываемые услуги по программам Medicare и Medi-Cal в соответствии с правилами, установленными Medicare и Medi-Cal.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org.

- Услуги, включая медицинское обслуживание, услуги по охране психического здоровья и лечения злоупотребления психоактивными веществами, услуги программы долгосрочного обслуживания и поддержки, принадлежности, оборудование и препараты должны быть «необходимы по медицинским показаниям». Необходимость по медицинским показаниям — это когда услуги, принадлежности или препараты необходимы для профилактики, диагностирования или лечения заболевания, или поддержания текущего состояния здоровья. Сюда относится обслуживание, которое избавит вас от необходимости быть помещенными больницу или учреждение сестринского ухода. Это также означает, что услуги, принадлежности или препараты соответствуют признанным стандартам в медицинской практике.
- От новых участников страхового плана в течение первых 90 дней мы можем не требовать получения предварительного разрешения на проведение любого активного курса лечения, даже если курс лечения был связан с услугой, которая началась у поставщика, не входящего в сеть.
- Вы должны получать обслуживание у поставщика, входящего в сеть. Входящий в сеть поставщик услуг — это поставщик, который сотрудничает с нами. В большинстве случаев медицинская помощь, которую вы получаете от поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть, не будет покрываться, если только это не скорая или неотложная помощь, или если ваш план или поставщик медицинских услуг не дал вам направление. **В главе 3 справочника участника** содержится более подробная информация об использовании поставщиков услуг, входящих и не входящих в сеть.
- Вы приписаны к поставщику первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP) или группе медицинского обслуживания, которые обеспечивают и управляют вашим лечением. В большинстве случаев ваш PCP должен дать вам разрешение, прежде чем вы сможете воспользоваться услугами поставщика услуг, который не является вашим PCP, или воспользоваться услугами других поставщиков услуг в сети нашего плана. Это называется «направлением». **В главе 3** данного *справочника участника* содержится дополнительная информация о получении направления и о том, когда оно вам **не** нужно.
- Некоторые из услуг, перечисленных в таблице льгот, покрываются только в том случае, если ваш врач или другой входящий в сеть поставщик услуг сначала получают разрешение от нас. Это называется предварительным разрешением (prior authorization, PA). Покрываемые услуги, для получения которых требуется PA, отмечены в таблице льгот звездочкой (*).



- Если ваш план одобряет запрос на выдачу PA на курс лечения, одобрение должно быть действительным в течение того периода, который является обоснованным с медицинской точки зрения и необходимым для предотвращения перебоев в оказании медицинской помощи на основании критериев покрытия, вашей истории болезни и рекомендаций лечащего поставщика услуг.
- *Если вы потеряете право на получение льгот по программе Medi-Cal, то в течение 3 месяцев будет считаться, что вы все еще подходите по критериям, и ваши льготы по программе Medicare в рамках этого плана сохранятся. Однако услуги в рамках Medi-Cal могут не покрываться. Обратитесь в офис по вопросам соответствия требованиям на получение права на участие или в программу выбора медицинского обслуживания, чтобы получить информацию о своем праве на участие в программе Medi-Cal. Возможно, у вас сохранятся льготы Medicare, но не Medi-Cal.*

Важная информация о льготах для участников с определенными хроническими заболеваниями.

Чтобы претендовать на получение пособия SSBCI, у вас должно быть одно или несколько хронических заболеваний (перечисленных выше), соответствующих критериям. Кроме того, у вас должны быть серьезные долгосрочные проблемы со здоровьем, влияющие на повседневную жизнь, высокий риск госпитализации или других серьезных проблем со здоровьем, и вам должна требоваться значительная помощь для ухода за ними. Результаты оценки риска для здоровья (HRA) и ваши медицинские документы используются для определения вашего права на получение пособия. Вы также можете попросить своего врача подать запрос в L.A. Care, который подтвердит ваши заболевания, дающие право на получение пособия, и другие критерии права на получение пособия SSBCI. Пожалуйста, помните, что действие пособия SSBCI и ваши права на него (после одобрения) прекращаются в конце года. Не все имеют право на получение пособия.

- Если у вас есть какие-либо из перечисленных ниже хронических заболеваний, и вы соответствуете определенным медицинским критериям, вы можете иметь право на дополнительные льготы:
 - Хроническая алкогольная и наркотическая зависимость
 - Аутоиммунные заболевания
 - Онкологическое заболевание
 - Сердечно-сосудистые заболевания
 - Хроническая сердечная недостаточность



- Деменция
- Сахарный диабет
- Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром
- Хронические желудочно-кишечные заболевания
- Хроническое заболевание почек (Chronic kidney disease, CKD)
- Тяжелые гематологические заболевания
- ВИЧ/СПИД
- Хронические заболевания легких
- Хронические и приводящие к инвалидности психические заболевания
- Неврологические расстройства
- Инсульт
- После трансплантации органов
- Иммунодефицит и иммунодепрессивные расстройства
- Заболевания, связанные с когнитивными нарушениями
- Заболевания с функциональными проблемами
- Хронические заболевания, влияющие на зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние
- Состояния, требующие непрерывного лечения для поддержания или сохранения работоспособности
- Более подробную информацию см. в строке «Помощь при определенных хронических заболеваниях» в таблице льгот.
- За более подробной информацией обращайтесь в план.

Большинство **или** все профилактические услуги — бесплатные. Вы увидите символ «яблочко» 🍏 рядом с профилактическими услугами в таблице льгот.



D. Таблица льгот нашего плана

Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининг аневризмы брюшной аорты Мы оплачиваем однократное ультразвуковое обследование для лиц из группы риска. План покрывает скрининг если вы находитесь в группе риска и получили направление от своего врача, фельдшера, медсестра или практикующего специалиста определенной специализации.	\$0
Иглоукалывание Мы оплатим максимум два амбулаторных сеанса иглоукалывания в течение одного календарного месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям. Мы также оплатим до 12 сеансов иглоукалывания в течение 90 дней, если вы страдаете хронической болью в пояснице, то есть: • боль длится 12 недель или больше; • боль неспецифическая (не имеющая системной причины, которая может быть идентифицирована, например, не связанная с метастатическим, воспалительным или инфекционным заболеванием); • боль не связана с хирургической операцией и • боль не связана с беременностью. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Иглоукалывание (продолжение) Кроме того, мы оплатим дополнительные восемь сеансов иглоукалывания при хронической боли в пояснице, если вы заметите улучшение. Каждый год вы можете получить не более 20 процедур иглоукалывания при хронической боли в пояснице. Если вам не станет лучше или станет хуже, иглоукалывание необходимо прекратить. Требования к поставщику услуг: Врачи (как определено в 1861(r)(1) Закона о социальном обеспечении [Закон]) могут предоставлять услуги иглоукалывания в соответствии с применимыми требованиями штата. Фельдшеры (Physician assistant, PA), практикующие специалисты (nurse practitioners, NP)/специалисты по клинической медицине (clinical nurse specialists, CNS) (как определено в 1861(aa) (5) Закона) и вспомогательный персонал могут предоставлять услуги по иглоукалыванию, если они соответствуют всем применимым требованиям штата, и у них есть: • степень магистра или доктора по иглоукалыванию или восточной медицине, полученная в учебном заведении, аккредитованном Комиссией по аккредитации врачей иглоукалывания и восточной медицины (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); а также • действующая, полная, действующая и неограниченная лицензия на предоставление услуг иглоукалывания в штате, территории или содружестве (например, Пуэрто-Рико) Соединенных Штатов или округе Колумбия. Вспомогательный персонал, предоставляющий услуги иглоукалывания, должен находиться под соответствующим надзором врача, PA, или NP/CNS, как того требуют наши правила 42 Свода федеральных правил (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 410.26 и 410.27.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Плановое иглоукалывание и мануальная терапия (дополнительные услуги) Наш план покрывает общим количеством до 45 сеансов иглоукалывания и обычной мануальной терапии, не покрываемых программами Medicare и Medi-Cal. В большинстве случаев для получения покрываемых услуг вы должны пользоваться услугами поставщика, с которым заключен контракт. Пожалуйста, свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников, если у вас есть вопросы о том, как использовать эту льготу. Покрываемые услуги иглоукалывания включают: • Оценка и осмотр • Точечный массаж • Разные виды терапевтического лечения болевых синдромов • Заболевания опорно-двигательного аппарата • Тошнота Покрываемые услуги мануальной терапии включают: • Оценка и осмотр • Рентгеновские снимки • Мануальная терапия, методы и терапевтические процедуры • Физическая реабилитация при заболеваниях скелетно-мышечного аппарата позвоночника и конечностей с использованием возможностей клиники и телемедицины	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининг и психологическое консультирование при злоупотреблении алкоголем Мы оплатим один скрининг при злоупотреблении алкоголем (Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT) для взрослых, которые злоупотребляют алкоголем, но не имеют зависимости от алкоголя. В эту группу также входят беременные женщины. Если скрининг показал наличие злоупотребления алкоголем, вы можете получить четыре коротких личных консультации в год (если вы не под воздействием алкоголя во время консультации) у квалифицированного поставщика первичных медицинских услуг (РСП) или практикующего специалиста в учреждении первичного медицинского обслуживания.	\$0
Услуги кареты скорой помощи* Покрываемые услуги кареты скорой помощи включают наземный и воздушный транспорт (самолет и вертолет) в случаях необходимости оказания скорой помощи, а также в не-экстренных случаях. Скорая помощь доставит вас в ближайшее учреждение, которое сможет предоставить вам обслуживание. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что использование других методов транспортировки может создать угрозу жизни или здоровью. Услуги транспорта скорой помощи в других ситуациях (не экстренных) должны быть нами одобрены. В ситуациях, которые не являются экстренными, мы можем оплатить транспорт скорой помощи. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что использование других методов транспортировки для обслуживания может создать угрозу жизни или здоровью.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Ежегодный медицинский осмотр В дополнение к ежегодному медосмотру мы оплачиваем один ежегодный профилактический осмотр. Ежегодный медосмотр включает в себя подробный медицинский/ семейный анамнез и детальную оценку состояния пациента с головы до ног.	\$0
 Ежегодный профилактический осмотр Вы можете пройти ежегодный медосмотр. Он проводится для того, чтобы составить или скорректировать профилактический план на основании текущих факторов риска. Мы оплачиваем один такой прием в течение 12 месяцев. Примечание: ваш первый ежегодный профилактический осмотр не может быть проведен в течение 12 месяцев после вашего «Добро пожаловать в Medicare» визита. Однако вам не обязательно проходить «Добро пожаловать в Medicare» осмотр, чтобы приходить на ежегодные профилактические осмотры, когда исполнится 12 месяцев с момента вашей регистрации в части B.	\$0
Услуги по профилактике астмы Вы можете получить информацию об астме и оценку домашней обстановки на предмет провоцирующих факторов, которые обычно встречаются в доме у людей с плохо контролируемой астмой.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги охраны психического здоровья План L.A. Care Medicare Plus предлагает поддержку при легких, умеренных и серьезных нарушениях, вызванных психическим расстройством, которые предоставляются в учреждениях Carelon Behavioral Health. В эти услуги входит следующее (список не исчерпывающий): • Оценка и лечение психического здоровья, включая индивидуальную, групповую и семейную психотерапию • Амбулаторные услуги, включающие лабораторные анализы, препараты и товары медицинского назначения • Амбулаторные услуги, позволяющие контролировать лекарственную терапию • Психиатрическое консультирование • Психологическое тестирование с целью выявления психического заболевания • Госпитализация в психиатрический стационар Для получения дополнительной информации свяжитесь с Carelon Behavioral Health: • По телефону: 1-877-344-2858/1-800-735-2929 линия ТТУ/TDD • Чтобы узнать больше об услугах Carelon Behavioral Health, пожалуйста, посетите веб-сайт: www.carelonbehavioralhealth.com/ Сотрудники данного учреждения готовы помочь вам найти нужные услуги круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Предоплаченная карта для получения безрецептурных препаратов (Over-the-Counter, OTC) Вы будете получать ежемесячное пособие в размере \$110, предварительно зачисленное на вашу карту Benefits Mastercard® Prepaid Card, которую можно использовать для оплаты одобренных безрецептурных (OTC) препаратов для здоровья и хорошего самочувствия, таких как лекарства от кашля и простуды, витамины, обезболивающие средства, бинты и многое другое. Карта и инструкции по активации будут отправлены вам по почте через 7-10 дней после регистрации в плане. Вы также получите по почте каталог OTC и каталог здорового питания Healthy Foods, в котором перечислены все одобренные товары. Как только начнется действие вашего страхового покрытия и карта будет активирована, вы сможете начать размещать заказы. Доставка бесплатная, и большинство товаров доставляются в течение двух дней. Покупать можно только одобренные товары. Вы можете воспользоваться печатным каталогом или посетить сайт lacare.nationsbenefit.com, чтобы узнать, какие товары подходят по критериям. Обратите внимание, что неиспользованные денежные средства не переносятся на следующий месяц. Чтобы максимально эффективно использовать свое пособие, рекомендуется использовать его полную сумму каждый месяц. Получить желаемые товары очень просто! Вы можете использовать свою карту Benefits Mastercard® Prepaid Card при личном посещении участвующих аптек и торговых точек, онлайн или по телефону. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Предоплаченная карта для получения безрецептурных препаратов (ОТС) (продолжение) - В магазинах: вы можете купить разнообразные разрешенные товары в магазинах Albertsons, CVS, Food-4-Less, Ralphs, Walgreens, Walmart, и многих других. Чтобы найти магазин в своем районе, посетите вебсайт lacare.nationsbenefits.com - Посетите сайт lacare.nationsbenefits.com, чтобы ознакомиться с ассортиментом утвержденных товаров. Если вы впервые размещаете заказ онлайн, вам необходимо создать учетную запись, зарегистрировавшись на портале Benefits Pro Portal или в приложении Benefits Pro. Если вы уже создали учетную запись, просто войдите в систему, выберите товары и, когда будете готовы, нажмите «Оформить заказ (Checkout)». - По телефону: чтобы найти необходимый товар, просмотрите ОТС каталог или посетите веб-сайт: lacare.nationsbenefits.com. Для размещения заказа позвоните по телефону 1-833-571-7587 (линия ТТУ: 711). Представители отдела обслуживания участников доступны с 8:00 до 20:00 по местному времени.	
 Измерение костной массы Мы оплатим определенные процедуры для участников, которые соответствуют требованиям (обычно это те, у кого есть риск потери костной массы или остеопороза). В ходе этих процедур определяется костная масса, выявляется потеря костной ткани или оценивается качество костной ткани. Мы оплатим услуги раз в 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям. Мы также заплатим врачу, который будет оценивать и составлять заключение по результатам.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининг рака молочной железы (маммограмма) Мы оплатим следующие услуги: • одну базовую маммограмму в возрасте от 35 до 39 лет; • одну скрининговую маммограмму каждые 12 месяцев; • клиническое обследование молочных желез каждые 24 месяца.	\$0
Услуги кардиологической (сердечной) реабилитации* Мы оплатим услуги кардиологической реабилитации, такие как физические упражнения, просвещение и консультирование. Участники должны соответствовать определенным условиям и иметь направление врача. Мы также покрываем услуги интенсивных программ кардиологической реабилитации, которые более интенсивны, чем обычные программы кардиологической реабилитации.	\$0
 Осмотр (лечение заболеваний сердца) для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (заболеваний сердца) Ежегодно мы оплачиваем один визит или больше, необходимые по медицинским показаниям, к поставщику первичных медицинских услуг (ПРП), чтобы помочь вам снизить риск заболеваний сердца. Во время такого приема или приемов ваш врач может: • обсудить прием аспирина, • проверить ваше артериальное давление и/или • дать рекомендации, чтобы убедиться, что вы правильно питаетесь.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининговые тесты на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (заболеваний сердца) Мы оплачиваем анализы крови с целью проверки наличия сердечно-сосудистых заболеваний один раз в пять лет (60 месяцев). Анализы крови также выявляют дефекты, указывающие на высокий риск заболеваний сердца.	\$0
 Скрининг онкологических заболеваний шейки матки и влагалища Мы оплатим следующие услуги: • для всех женщин: мазок Папаниколау и гинекологические обследования каждые 24 месяца; • для женщин с высоким риском онкологического заболевания шейки матки или влагалища: один мазок Папаниколау каждые 12 месяцев; • для женщин с аномальными результатами мазка Папаниколау в течение последних трех лет и находящихся в репродуктивном возрасте: один мазок Папаниколау раз в 12 месяцев; • для женщин в возрасте от 30 до 65 лет: анализ на вирус папилломы человека (human papillomavirus, HPV) или мазок Папаниколау плюс анализ на HPV каждые 5 лет.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги мануальной терапии Мы оплатим следующие услуги: • выправления позвоночника с целью придания правильного положения. Информацию о дополнительных льготах см. в разделе «Иглоукалывание и мануальная терапия (дополнительно)».	Примечание: Вы оплатите все расходы за любые другие услуги или анализы, назначенные мануальным терапевтом (включая рентгенографию).
Услуги по купированию и лечению хронической боли Покрываемые ежемесячные услуги для людей, страдающих хронической болью (постоянной или повторяющейся болью, которая длится более 3 месяцев). Услуги могут включать оценку боли, управление приемом лекарств, а также координацию и планирование ухода.	Разделение расходов на эту услугу будет варьироваться в зависимости от индивидуальных услуг, предоставляемых в ходе лечения.



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининг рака толстой и прямой кишки Мы оплатим следующие услуги: • Колоноскопия не имеет ограничений по минимальному или максимальному возрасту и покрывается страховкой один раз в 120 месяцев (10 лет) для пациентов, не относящихся к группе высокого риска, или через 48 месяцев после предыдущей гибкой сигмоскопии для пациентов, не относящихся к группе высокого риска развития колоректального рака, и один раз в 24 месяца для пациентов с высоким риском после предыдущей скрининговой колоноскопии. • Компьютерная томографическая колонография (КТ-колонография) для пациентов в возрасте 45 лет и старше, не относящихся к группе высокого риска развития колоректального рака, покрывается страховкой по истечении не менее 59 месяцев с месяца, в котором была проведена последняя скрининговая КТ-колонография, или по истечении 47 месяцев с месяца, в котором была проведена последняя скрининговая гибкая сигмоидоскопия или скрининговая колоноскопия. Для пациентов с высоким риском развития колоректального рака оплата скрининговой КТ-колонографии может быть произведена по истечении не менее 23 месяцев с месяца, в котором была проведена последняя скрининговая КТ-колонография или скрининговая колоноскопия. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Скрининг рака толстой и прямой кишки (продолжение) - Гибкая сигмоскопия для пациентов 45 лет и старше. Один раз в 120 месяцев для пациентов без высокого риска после скрининговой колоноскопии. Один раз в 48 месяцев для пациентов с высоким риском после последней гибкой сигмоскопии или компьютерной томографической колонографии. - Скрининговое исследование кала на скрытую кровь у пациентов 45 лет и старше. 1 раз в 12 месяцев. - Многоцелевое исследование ДНК кала у пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Один раз в 3 года - Тест на биомаркеры крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Один раз в 3 года. - Тесты на выявление колоректального рака включают повторную скрининговую колоноскопию после того, как покрываемый Medicare неинвазивный тест на выявление колоректального рака на основе анализа кала даст положительный результат. - Тесты на выявление колоректального рака включают плановую скрининговую гибкую сигмоидоскопию или скрининговую колоноскопию, которая подразумевает удаление ткани или другого материала, или другую процедуру, проводимую в связи с клиническим обследованием, в результате него и в ходе того же клинического приема, что и скрининговое обследование.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Помощь от работника общественного здравоохранения План L.A. Care покрывает услуги работников общественного здравоохранения (community health worker, CHW) в случаях, когда это рекомендовано врачом или другим лицензированным практикующим специалистом для предотвращения заболеваний, инвалидности и других состояний здоровья или их прогрессирования, для продления жизни и содействия улучшению физического и психического здоровья и повышению эффективности действий. Услуги включают следующее: • Медико-санитарное просвещение и обучение, включая контроль и профилактику хронических или инфекционных заболеваний, поведенческих и перинатальных состояний, гигиены полости рта, а также предупреждения травм. Пропаганда здорового образа жизни и коучинг, включая постановку целей и разработку планов действий по профилактике и лечению заболеваний	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Стоматологические услуги Мы оплачиваем некоторые стоматологические услуги, в том числе, чистка, пломбы и съемные зубные протезы. То, что мы не покрываем, доступно в рамках программы Medi-Cal Dental, что описано в разделе G2 ниже. Мы оплачиваем некоторые стоматологические услуги, если они являются неотъемлемой частью конкретного лечения основного заболевания получателя льгот. Примерами служат реконструкция челюсти после перелома или травмы, удаление зубов в рамках подготовки к лучевой терапии рака челюсти или осмотр полости рта перед трансплантацией органов. Стоматологические услуги (дополнительное покрытие) Наш план покрывает дополнительные стоматологические услуги и процедуры: Эти услуги могут включать, в частности, следующее: • Профилактические услуги ◦ Осмотр полости рта — 1 раз в год ◦ Чистка — 1 раз в год ◦ Лечение фторидом — 1 нанесение в год ◦ Рентген — 1 раз в год • Комплексное обслуживание ◦ Реставрация* ◦ Эндодонтия* — 1 раз на 1 зуб в течение жизни о Пародонтология* ◦ Протезирование зубов (съемные и фиксированные протезы)* ◦ Челюстно-лицевая хирургия* ◦ Общее сопутствующее обслуживание* Для предоставления вам стоматологических льгот наш план сотрудничает с компанией Liberty Dental. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги		Что платите вы
	Стоматологические услуги (продолжение) Могут применяться исключения и ограничения по льготам. При наличии необходимости по медицинским показаниям могут быть сделаны исключения. Обратите внимание, что некоторые услуги требуют клинической экспертизы для получения предварительного разрешения до того, как лечение может быть предоставлено. Определенная документация должна быть предоставлена для получения предварительного разрешения. Эти услуги клинически проверяются с использованием предоставленной документации, чтобы определить, показаны ли они и соответствуют ли они установленным стандартам отрасли, а также соответствуют ли они всем требованиям, специфичным для таких услуг, как изложено в «Клинических критериях и указаниях» плана Liberty. Любое лечение, которое, по мнению директора стоматологии плана LIBERTY, не является необходимым или не соответствует критериям плана, покрыто не будет. Если необходимая документация не предоставлена, услуга не может быть надлежащим образом рассмотрена и, следовательно, в ней будет отказано. Если в предварительном разрешении по какой бы то ни было причине отказано, услуга не будет покрываться, и вы будете нести ответственность за все связанные с ней расходы. Стоматологические процедуры по косметическим или эстетическим причинам не покрываются. Покрытие ограничивается услугами, перечисленными в таблице льгот. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Стоматологические услуги (продолжение) Для получения подробного описания страхового покрытия вы можете посетить веб-сайт по адресу medicare.lacare.org или позвонить по телефону 1-855-552-8243 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному времени. Услуги, не покрываемые нашим планом, могут быть доступны в рамках программы Medi-Cal Dental. Чтобы найти сетевого стоматолога, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-552-8243 или обратиться к онлайн-каталогу поставщиков стоматологических услуг: libertydentalplan.com/lacaremedicare. Перед получением стоматологических услуг рекомендуется проконсультироваться со своим стоматологом, входящим в сеть, чтобы удостовериться в страховом покрытии. Если вы решите воспользоваться услугами стоматолога, не входящего в сеть, полученные вами услуги не будут покрываться нашим планом. С 1 июля 2026 года льготы на стоматологическое обслуживание больше не будет предоставляться участникам, которые не соответствуют требованиям, касающимся иммиграционного статуса.	
 Скрининг на наличие депрессии Мы оплачиваем один скрининг для выявления депрессии в год. Скрининг должен быть проведен в условиях первичного медицинского обслуживания, во время которого может быть назначено последующее лечение и выдано направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининг диабета Мы оплатим данный скрининг (включает анализ уровня глюкозы в крови натощак), если у вас есть какой-либо из следующих факторов риска: • высокое артериальное давление (гипертензия); • анамнез аномального уровня холестерина или триглицерида (дислипидемия); • ожирение • высокий уровень сахара (глюкозы) в крови. Стоимость анализов может быть покрыта и в некоторых других случаях, например, при избыточном весе или при наличии случаев диабета в семейном анамнезе. Вы можете иметь право на прохождение до двух скрининговых анализов на диабет каждые 12 месяцев с даты вашего последнего скринингового анализа на диабет.	\$0
 Самостоятельное управление диабетом: обучение, услуги и принадлежности* Мы оплачиваем следующие услуги для всех людей с диабетом (независимо от того, используют ли они инсулин или нет): • принадлежности для контроля уровня глюкозы в крови, включая: ◦ прибор для контроля уровня глюкозы в крови; ◦ тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови; ◦ ланцетные предметы и ланцеты; ◦ растворы для контроля глюкозы — для проверки точности тест-полосок и приборов для контроля. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Самостоятельное управление диабетом: обучение, услуги и принадлежности* (продолжение) • Для участников с диабетом, страдающих от тяжелого синдрома диабетической стопы, мы оплачиваем следующее: ◦ одну пару сделанной на заказ терапевтической обуви (включая стельки), в том числе подгонку по размеру, и две дополнительные пары стелек в год или ◦ одну пару высоких ботинок, включая подгонку по размеру, и три пары стелек каждый год (за исключением неподогнанных заменяемых стелек, которые поставляются с такой обувью). • В некоторых случаях мы оплачиваем обучение, которое поможет вам контролировать диабет. Для получения более подробной информации обращайтесь в отдел обслуживания участников. Участники с диабетом имеют право на участие в программе контроля диабета L. A. Cares About Diabetes®. Это бесплатная программа, предназначенная для участников, которым требуется помощь в контроле диабета. Она включает: – материалы по почте о поддержании здоровья при диабете; – инструкции по входу на портал MyHIM Wellness – занятия по самоконтролю диабета (можно заниматься виртуально) – доступ к дипломированным диетологам в следующих целях: • просвещение в области контроля диабета; • консультации по здоровому питанию; • предоставление полезных советов о касающихся диабета моментах, которые надо обсудить с врачом.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги доулы Беременным женщинам мы оплачиваем девять визитов доулы в дородовой и послеродовой период, а также поддержку во время родов. Также может быть предоставлено до девяти дополнительных послеродовых сеансов.	\$0
Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME) и соответствующие принадлежности* (Определение «медицинского оборудования длительного пользования» [DME] см. в главе 12 справочника участника.) Мы покрываем следующее оборудование: • инвалидные коляски, в том числе электрические • костыли • матрасные системы с мотором • сухая накладка на матрас • материалы для больных диабетом • больничные кровати для использования на дому по назначению поставщика услуг • инфузионные помпы для внутривенных вливаний (intravenous, IV) и стойки • голосообразующие аппараты • кислородное оборудование и принадлежности • небулайзеры • ходунки • трость с изогнутой ручкой или четырехопорная трость, а также запасные детали • тракция шейного отдела (на дверь) • костный стимулятор • оборудование для диализа Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и соответствующие принадлежности (продолжение) Другие принадлежности тоже могут покрываться. Мы оплачиваем все DME, необходимое по медицинским показаниям, которое обычно оплачивают программы Medicare и Medi-Cal. Если наш поставщик в вашем районе не поставляет оборудование определенной марки или производителя, вы можете попросить его сделать для вас специальный заказ.	
Экстренная медицинская помощь Экстренная медицинская помощь означает услуги, которые: • предоставляются поставщиком, который обучен предоставлять услуги экстренной медицинской помощи, и • требуются в экстренной медицинской ситуации. Экстренная медицинская ситуация — это заболевание, травма, сильная боль или состояние здоровья, которое быстро ухудшается. Состояние является настолько серьезным, что без немедленного медицинского вмешательства Вы или любой человек, обладающий средними знаниями в области медицины и здравоохранения, можете предвидеть, что оно приведет к следующим последствиям: • серьезному риску для вашего здоровья или здоровья вашего неродившегося ребенка, или • существенно нарушит функционирование всего организма; или • приведет к тяжелому нарушению функций органов или систем организма; или Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0 Если вы получаете услуги экстренной медицинской помощи в больнице, не входящей в сеть плана, и вам необходимо стационарное лечение после стабилизации состояния, требовавшего скорой помощи, вы должны вернуться во входящую в сеть больницу для получения обслуживания,



Покрываемые услуги	Что платите вы
Экстренная медицинская помощь (продолжение) • потере конечности или потере функции конечности. • при беременности во время активных родовых схваток, когда: ◦ недостаточно времени, чтобы безопасно доставить роженицу в специализированную больницу до родоразрешения ◦ Транспортировка в другую больницу может представлять угрозу для здоровья или безопасности роженицы или неродившегося ребенка. Услуги скорой или неотложной помощи покрываются в любой точке мира без предварительного разрешения. Мы покроем до \$10,000 в год на данный вид услуг. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников.	чтобы мы его оплатили. Вы можете оставаться в больнице, не входящей в сеть, для стационарного лечения, только если план одобрит ваше пребывание в ней.



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги по планированию семьи Закон позволяет вам выбрать любого поставщика, сетевого или внесетевого, для определенных услуг по планированию семьи. Имеется в виду любой врач, клиника, больница, аптека или медицинский офис планирования семьи. Мы оплатим следующие услуги: • обследование и медицинское лечение для планирования семьи; • лабораторные и диагностические анализы для планирования семьи; • методы контрацепции (ВМС, имплантаты, инъекции, оральные контрацептивы, пластыри или кольца); • рецептурные противозачаточные средства (презервативы, губки, пенки, пленки, диафрагмы, чаши); • ограниченные услуги по лечению бесплодия, такие как психологическое консультирование и обучение методам повышения осведомленности о фертильности и/или консультирование по вопросам здоровья до зачатия, тестирование и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП) • консультирование и анализы на ВИЧ и СПИД и другие связанные с ВИЧ заболевания; • постоянную контрацепцию (при выборе данного метода планирования семьи вы должны быть старше 21 года; Вы должны подписать форму согласия о стерилизации, датированную как минимум за 30 дней и не позднее 180 дней до операции.) • Генетическое консультирование Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги по планированию семьи (продолжение) Мы также оплачиваем некоторые другие услуги по планированию семьи. Однако вы должны обращаться к нашему входящему в сеть поставщику для получения следующих услуг: • лечение бесплодия, связанного с медицинскими причинами (эти услуги не включают методы искусственного оплодотворения); • лечение СПИДа и других связанных с ВИЧ заболеваний; • генетическое тестирование.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Льготы на участие в фитнес-программе (SilverSneakers) Наш план предлагает льготу по фитнес-программе SilverSneakers®. SilverSneakers это не просто традиционная программа покрытия стоимости фитнес-клуба. Это способ укрепить здоровье и жить так, как вы хотите. Независимо от того, любите ли вы групповые занятия фитнесом, спорт, силовые и кардиотренажеры или предпочитаете вести активный образ жизни дома, SilverSneakers дает вам возможность укрепить здоровье, обрести уверенность в себе и найти друзей в сообществе. SilverSneakers дает вам доступ: • Общенациональная сеть участвующих фитнес-клубов и общественных центров с групповыми занятиями фитнесом в выбранных местах — записывайтесь на любое количество занятий где угодно в любое время. • Онлайн-занятия и семинары SilverSneakers LIVE, проводимые специально обученными инструкторами, проводятся ежедневно, утром, днем и вечером. • SilverSneakers по требованию предлагает более 200 видео роликов онлайн, доступные круглосуточно и ежедневно. • Мобильное приложение SilverSneakers GO™ позволяет воспользоваться гибким расписанием занятий и другими возможностями. Вы можете начать, сделав три простых шага 1. Зайдите на страницу SilverSneakers.com/StartHere, чтобы создать свой личный кабинет. 2. Зайдите в систему и запишите свой идентификационный номер участника — возьмите с собой, когда пойдете в участвующий в программе филиал. 3. Вы также можете получать удовольствие от занятий онлайн через свой новый личный кабинет. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги		Что платите вы
Льготы на участие в фитнес-программе (SilverSneakers) (продолжение) Участники программы SilverSneakers могут сэкономить тысячи долларов на обучении своих близких, занимаясь в одном из участвующих в программе SilverSneakers центров. Это просто и совершенно бесплатно. Пожалуйста, посетите веб-сайт SilverSneakers.TuitionRewards.com для получения более подробной информации. 1. Участвующие центры (participating locations, «PL») не находятся в собственности и не управляются компанией Tivity Health, Inc. или ее дочерними компаниями. Использование помещений и оборудования PL ограничивается процедурами и условиями базового членства PL. Помещения и оборудование варьируются в зависимости от PL. 2 Участие включает групповые занятия фитнесом под руководством инструктора SilverSneakers. В некоторых центрах членам предлагаются дополнительные занятия. Занятия варьируются в зависимости от центра. SilverSneakers является зарегистрированной торговой маркой Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Все права защищены.		



Покрываемые услуги	Что платите вы
Программы по просвещению в сфере здоровья и хорошего самочувствия Мы предоставляем множество программ, которые сосредоточены на определенных состояниях здоровья. К ним относятся: • курсы медико-санитарного просвещения, • курсы здорового питания, • отказ от курения и употребления табака; и • справочная служба медсестер, которая работает круглосуточно и ежедневно, и может помочь найти ответы на вопросы о ваших симптомах, предоставить общую информацию о состоянии здоровья и отправить образовательные материалы по вопросам здоровья. • индивидуальное психологическое консультирование по телефону, личные групповые занятия и семинары по принципам здорового образа жизни на различные темы, включая такие, как питание, профилактика падений, остеопороз, здоровье сердца, контроль веса, астма и профилактика диабета; • индивидуальное консультирование по телефону с сертифицированным инструктором по здоровому образу жизни; • медицинская диетотерапия у сертифицированного диетолога (по направлению PCP); • онлайн-портал <i>MyHealth in Motion</i> («Здоровье в движении», (MyHM), предлагающий письменную информацию, видео и функцию чата. • Программы поддержки состояния при астме, ХОБЛ, диабете, диабете с сопутствующим заболеванием почек, беременности высокого риска Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Программы по просвещению в сфере здоровья и хорошего самочувствия (продолжение) • Просвещение и помощь с использованием технологий для доступа к услугам и информации здравоохранения (цифровая медицинская грамотность); • учебные материалы по медико-санитарному просвещению, изложенные простым языком и в форматах, удобных для чтения, в том числе крупным шрифтом.	
Услуги по обследованию слуха Мы оплачиваем обследование слуха и равновесия, проводимое нашим поставщиком. По результатам этих обследований вы узнаете, нужно ли вам лечение. Они покрываются в рамках амбулаторного обслуживания в случае, если вы получаете их у врача, аудиолога или другого квалифицированного поставщика услуг. Мы также оплачиваем слуховые аппараты, если они назначены врачом или другим квалифицированным поставщиком услуг, в том числе: • ушные вкладыши, принадлежности и вставки; • ремонт; • первоначальная установка батареек; • шесть посещений в целях обучения, примерки и настройки слухового аппарата у одного и того же поставщика после получения слухового аппарата; • аренду слухового аппарата на испытательный период; • вспомогательные слуховые устройства, слуховые аппараты костной проводимости с поверхностным ношением • аудиологические услуги, связанные со слуховыми аппаратами, и постоценочные услуги Обратитесь к своему врачу и получите направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Помощь при некоторых хронических заболеваниях Специальные дополнительные льготы для хронически больных (SSBCI) — это программа, которая оказывает дополнительную помощь людям, имеющим серьезные долгосрочные проблемы со здоровьем. Она призвана облегчить повседневную жизнь и помочь участникам лучше заботиться о своем здоровье у себя дома. Если вы соответствуете требованиям, вы можете использовать ежемесячное пособие в размере \$110 по вашей льготной карте Mastercard для покупки одобренных товаров, выходящих за рамки отпускаемых без рецепта (OTC) средств для здоровья и хорошего самочувствия. Вы также сможете оплатить: • Ешьте больше овощей, фруктов и цельнозерновых продуктов питания. • Счета за коммунальные услуги, такие как электричество, газ, вода и вывоз мусора • Программа «Бензин для машины» поможет вам добраться туда, куда вам нужно Важно: неизрасходованный остаток пособия не переносится на следующий месяц. Постарайтесь использовать все \$110 каждый месяц, чтобы извлечь максимальную выгоду от этой льготы. Обратите внимание, что не все участники могут претендовать на участие. Подходите ли вы по критериям? У вас должны быть: • серьезные долгосрочные проблемы со здоровьем, влияющие на вашу повседневную жизнь, и • высокий риск госпитализации или других серьезных проблем со здоровьем, и • потребность в значительной помощи в уходе за своим здоровьем, и Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Помощь при некоторых хронических нарушениях (продолжение) Чтобы претендовать на участие в программе SSBCI, у вас должно быть одно или несколько хронических заболеваний, соответствующих критериям отбора: • сахарный диабет, • избыточный вес, ожирение и метаболический синдром, • хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, • хроническая болезнь почек (ХБП), • состояние после трансплантации органов, • иммунодефицит и иммуносупрессивные расстройства, • состояния, связанные с когнитивными нарушениями, • состояния с функциональными нарушениями, • хронические заболевания, нарушающие зрение, слух (глухоту), вкус, осязание и обоняние, • состояния, требующие непрерывной терапии для поддержания или сохранения жизнедеятельности. • хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (SUD), • Аутоиммунные заболевания, • Рак, • Сердечно-сосудистые заболевания, • Хроническая сердечная недостаточность, • Деменция, • Тяжелые гематологические заболевания, Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Помощь при некоторых хронических нарушениях (продолжение) • ВИЧ/СПИД, • Хронические заболевания легких, • Хронические и инвалидизирующие психические заболевания, • Неврологические расстройства, • Инсульт Результаты оценки риска для здоровья (HRA) и ваши медицинские документы используются для определения вашего права на участие. Вы также можете попросить своего врача подать запрос в L.A. Care, подтверждающий ваши заболевания и другие критерии права на участие в программе SSBCI. Пожалуйста, помните, что действие пособия SSBCI и ваши права (после одобрения) прекращаются в конце года. Право на участие имеют не все. Позвоните в службу поддержки участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) для получения помощи.	
 Обследование на ВИЧ Мы оплачиваем скрининг на ВИЧ один раз в 12 месяцев для людей, которые: • просят провести обследование на ВИЧ или • находятся в группе высокого риска инфицирования ВИЧ. Беременным женщинам мы оплачиваем до трех обследований на ВИЧ во время беременности. Мы также оплатим дополнительные обследования на ВИЧ по рекомендации вашего поставщика услуг. Обратитесь к вашему врачу и получите направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Медицинский уход на дому* До того, как вы получите услуги по уходу на дому, врач должен сообщить нам, что вам они нужны, а сами услуги должны быть предоставлены агентством по медицинскому уходу на дому. Вы должны быть прикованы к дому, то есть выход из дома потребует от вас чрезвычайных усилий. Мы оплатим следующие услуги и, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: • услуги квалифицированного сестринского ухода и медицинского обслуживания на дому в течение неполного дня или по расписанию. (Чтобы услуги квалифицированного сестринского ухода и медицинского обслуживания на дому были оплачены планом, количество предоставляемых вам часов обслуживания в совокупности должно быть менее 8 часов в сутки и 35 часов в неделю); • физиотерапию, трудовую терапию и лечение дефектов речи; • медицинские и социальные услуги; • медицинское оборудование и принадлежности Обратитесь к своему врачу и получите направление.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Инфузионная терапия на дому План будет оплачивать инфузионную терапию на дому, то есть, введение в вену или под кожу препаратов или биологических веществ у вас на дому. Для выполнения инфузионной терапии на дому необходимо: • лекарственное средство или биологическое вещество, например, противовирусный препарат или иммуноглобулин; • оборудование, например, капельница, и • принадлежности, например, трубки или катетер. Наш план оплатит услуги инфузионной терапии на дому, куда входит следующее (список не исчерпывающий): • профессиональные услуги, включая услуги медсестры, предоставляемые в соответствии с вашим планом медицинского обслуживания; • обучение и образование участников, которые еще не включены в льготу DME; • удаленный мониторинг; и • услуги по мониторингу предоставления домашней инфузионной терапии и препаратов для домашней инфузионной терапии, поставляемых квалифицированным поставщиком домашней инфузионной терапии.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Хосписный уход Вы имеете право выбрать хоспис, если ваш поставщик услуг и директор по медицинским вопросам хосписа решат, что вы неизлечимо больны. Это означает, что у вас терминальная стадия заболевания и ваша предполагаемая продолжительность жизни составляет шесть месяцев или меньше. Вы можете получить услуги по любой программе хосписа, сертифицированной программой Medicare. Наш план должен помочь вам найти сертифицированные Medicare программы хосписа в зоне обслуживания плана, включая программы, которыми мы владеем, контролируем или в которых имеем финансовый интерес. Ваш врач в хосписе может быть поставщиком, входящим или не входящим в сеть плана. Покрываемые услуги включают: • препараты для лечения симптомов и боли; • кратковременный сменный уход; • медицинский уход на дому. Счета за услуги хосписа и услуги, покрываемые частью А или В по программе Medicare, которые связаны с неизлечимым заболеванием, предъявляются программе Medicare: • Программа Original Medicare (а не наш план) оплатит вашему поставщику хосписных услуг стоимость услуг хосписа и любых услуг Части А или В, связанных с вашей неизлечимой болезнью. Пока вы участвуете в программе хосписа, ваш поставщик услуг хосписа будет выставять счет Original Medicare за услуги, которые оплачивает Original Medicare. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Хосписные услуги* (продолжение) Услуги, покрываемые нашим планом, но не покрываемые по части А или В программы Medicare: - Наш план оплатит услуги, не покрываемые по частям А или В по программе Medicare. Мы оплачиваем услуги независимо от того, относятся ли они к неизлечимому заболеванию. Вы <i>ничего</i> не платите за эти услуги. Препараты, которые могут покрываться льготами части D в рамках программы Medicare: - Стоимость препаратов никогда не покрывается одновременно и хосписом, и нашим планом. См. главу 5 справочника участника для получения дополнительной информации. Примечание: если у вас есть серьезное заболевание, вы можете иметь право на паллиативный уход, который предусматривает помощь команды обслуживания, ориентированную на пациента и его семью, для улучшения качества жизни. Вы можете получать паллиативный уход одновременно с лечебной/обычной помощью. Более подробную информацию смотрите в разделе «Паллиативный уход» ниже. Примечание: если вам необходим нехосписный уход, позвоните своему специалисту по координированию обслуживания и/или в отдел обслуживания участников, чтобы получить эти услуги. Нехосписный уход — это услуги, которые не связаны с неизлечимым заболеванием. Наш план покрывает разовую консультацию по услугам хосписа для смертельно больного участника, который не выбрал льготы хосписа.	Если вы — участник программы услуг хосписа, сертифицированной Medicare, ваши услуги хосписа и услуги по части А и В Medicare, связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии, будут оплачены программой Original Medicare, не L.A. Care Medicare Plus. Вы ничего не должны платить за единоразовую консультацию в хосписе.



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Прививки Мы оплатим следующие услуги: • прививки от пневмонии; • прививки от гриппа, один раз в сезон осеннего и зимнего гриппа, с дополнительными прививками от гриппа, если это необходимо по медицинским показаниям; • вакцина от гепатита В, если вы подвержены риску заражения гепатитом В в средней или высокой степени; • вакцина от COVID-19; • вакцина от вируса папилломы человека (HPV) • другие вакцины, если вы находитесь в группе риска, и они соответствуют правилам покрытия по части В программы Medicare. Мы оплачиваем другие вакцины, если они соответствуют правилам покрытия по части D программы Medicare. См. главу 6 справочника участника, чтобы узнать подробности.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Стационарное лечение в больнице* Мы оплатим следующие услуги и, возможно, другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не указанные ниже: • двухместную палату (либо отдельную палату, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, включая специальные диеты; • регулярный сестринский уход; • затраты на отделения специального обслуживания, например, интенсивной терапии или коронарных заболеваний; • лекарства и препараты; • лабораторные анализы • рентген и другие радиологические услуги; • необходимые хирургические и медицинские принадлежности; • приспособления, например, инвалидные коляски; • услуги операционной и послеоперационной палаты; • физиотерапия, трудовая терапия и лечение дефектов речи; • стационарные услуги по лечению злоупотребления психоактивными веществами; • в некоторых случаях — следующие типы трансплантатов: роговица, почка, почка/поджелудочная железа, сердце, печень, легкое, сердце/легкое, костный мозг, стволовые клетки и кишечник/множественные органы. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0 Вы должны получить одобрение от плана, чтобы сохранить право на получение стационарного обслуживания в больнице, не входящей в сеть, после того как ваша экстренная ситуация стабилизируется.



Покрываемые услуги	Что платите вы
Стационарный больничный уход* (продолжение) Если вам необходима трансплантация, одобренный программой Medicare центр трансплантации изучит ваш случай и решит, являетесь ли вы кандидатом на трансплантацию. Поставщики услуги по трансплантации могут находиться в зоне обслуживания или за ее пределами. Если местные поставщики пересадки органов согласны принять ставку программы Medicare, тогда вы можете получать услуги по трансплантации в местном учреждении или вне рамок зоны медицинского обслуживания в вашем районе. Если наш план предоставляет услуги пересадки органов в учреждении вне рамок медицинского обслуживания в вашем районе, и вы выбираете получение услуг именно там, мы устроим и оплатим услуги транспортировки и проживания в гостинице для вас и еще одного лица. • кровь, включая хранение и забор крови; • услуги врача Примечание: чтобы вы считались стационарным пациентом, ваш поставщик услуг должен выписать распоряжение о вашем официальном приеме в больницу в качестве стационарного пациента. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вас все равно могут считать «амбулаторным пациентом». Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, вы должны спросить у персонала больницы. Более подробную информацию можно найти в информационном бюллетене Medicare «Льготы на пребывание в больнице по программе (<i>Medicare Hospital Benefits</i>)». Информационный бюллетень можно найти на странице Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, а также заказать по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги стационара в психиатрической больнице Мы оплачиваем услуги по охране и восстановлению психического здоровья, которые требуют пребывания в больнице. • Если вам необходимы стационарные услуги в автономной психиатрической больнице, мы оплатим первые 190 дней. После этого местное окружное агентство по охране психического здоровья оплатит стационарные психиатрические услуги, необходимые с медицинской точки зрения. Разрешение на обслуживание по прошествии 190 дней будет скоординировано с местным окружным агентством по охране психического здоровья. ◦ 190-дневное ограничение не применяется по отношению к стационарным услугам по охране психического здоровья, предоставляемым в психиатрическом отделении больницы общего профиля. • Если вам 65 лет или больше, мы оплачиваем услуги, которые вы получаете в Институте психических заболеваний (Institute for Mental Diseases, IMD).	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Госпитализация: покрываемые услуги на время пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF), когда госпитализация не покрывается планом страхования Мы не оплачиваем ваше пребывание в стационаре, если вы использовали все льготы по стационарному лечению или если пребывание не является разумным и необходимым по медицинским показаниям. Однако в определенных ситуациях, когда стационарное обслуживание не покрывается, мы все равно можем оплачивать услуги, которые вы получаете, находясь в больнице или учреждении сестринского ухода. Для получения более подробной информации обращайтесь в отдел обслуживания участников. Мы оплатим следующие услуги и, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: • услуги врача; • диагностические тесты, например, лабораторные анализы; • рентген, изотопную терапию, включая технические материалы и услуги; • хирургические повязки; • шины, гипсовые повязки и другие материалы для лечения переломов и смещений; • протезы и ортопедические аппараты, отличные от стоматологических, включая замену и ремонт таких аппаратов. Следующие устройства, которые заменяют полностью или частично: ◦ внутренний орган тела (включая прилегающие ткани), или ◦ заменяют всю или часть функции нефункционирующего или функционирующего ненадлежащим образом внутреннего органа. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Госпитализация: покрываемые услуги на время пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF), когда госпитализация не покрывается планом страхования, (продолжение) • фиксатор ноги, руки, спины и шеи, бандаж и протез ноги, руки или глаза, включая настройку, ремонт и замену, необходимые в связи с поломкой, износом, потерей устройства или изменением состояния пациента. • физиотерапию, трудовую терапию и лечение дефектов речи.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги и принадлежности при заболевании почек Мы оплатим следующие услуги: • Просветительские услуги при заболевании почек, чтобы обучить уходу при таком заболевании и помочь участникам принимать правильные решения о своем обслуживании. У вас должна быть IV стадия хронического заболевания почек, и ваш врач должен выдать вам направление. Мы покрываем до шести часов просветительских услуг при заболевании почек. • Амбулаторное лечение в качестве процедуры диализа, включая диализ при временном нахождении вне зоны обслуживания, как описано в главе 3 данного справочника участника, или когда ваш поставщик данной услуги временно недоступен или неудобен. • Стационарный диализ, если вы поступили в больницу для получения специального обслуживания • обучение самостоятельному диализу, как для вас, так и для человека, который будет помогать вам с процедурой диализа на дому; • оборудование и принадлежности для диализа на дому; • Определенные услуги поддержки на дому, такие как необходимые визиты обученных специалистов по диализу, чтобы проверить правильность выполнения домашней процедуры диализа, помочь в экстренных ситуациях и проверить оборудование для диализа и водоснабжение. Ваша льгота части B по программе Medicare покрывает некоторые препараты для диализа. Для получения информации см. «Препараты части B программы Medicare» в данной таблице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининг рака легких с помощью низкодозной компьютерной томографии (low dose computed tomography, LDCT) План оплатит скрининг на выявление онкологического заболевания легких каждые 12 месяцев, если вы: • в возрасте от 50 до 77 лет; и • были на приеме для получения консультации и совместного принятия решения с вашим врачом или другим соответствующим требованиям поставщиком медицинских услуг; и • курили как минимум 1 пачку сигарет в день на протяжении 20 лет, и у вас не было признаков или симптомов онкологического заболевания легких, либо вы курите сейчас или бросили курить в течение последних 15 лет. После первого скрининга план оплатит следующий скрининг раз в год по назначению врача или другого соответствующего требованиям поставщика медицинских услуг. Если поставщик медицинских услуг решает предоставить консультацию по скринингу рака легких и совместный визит для принятия решения о скрининге рака легких, то такой визит должен соответствовать критериям Medicare для таких визитов.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Льгота на питание Программа «Питание как лекарство» организации L.A. Care помогает участникам узнать о здоровом питании и полезных пищевых привычках. Программа также предлагает доставку еды на дом или здоровые продукты, которые можно приготовить дома. Присоединившись к программе, вы получите: • Здоровое питание, подобранное с учетом ваших потребностей в области здравоохранения. • Еду, доставляемую на дом. • Не менее 2 приемов пищи в день или 1 продуктовый набор на срок до 12 недель в зависимости от ваших потребностей и целей в области здравоохранения. • Возможность пообщаться со специалистом по питанию, чтобы узнать больше о здоровом питании. Чтобы присоединиться к программе, у вас должно быть заболевание, при котором может помочь специальная диета. Это может быть диабет, заболевание почек, высокое кровяное давление или другие заболевания сердца. Дипломированный диетолог L.A. Care задаст вам несколько вопросов, чтобы определить, подходит ли вам эта программа. В течение программы вы должны иметь возможность получать доставку продуктов каждую неделю. Вам также необходимо будет правильно хранить и готовить еду. Чтобы узнать больше, позвоните в программу «Питание как лекарство» по телефону (855) 856-6943.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Медицинская диетотерапия Эта льгота предназначена для людей с диабетом или заболеваниями почек, не требующими диализа. Эта терапия также назначается по направлению врача после пересадки почки. Мы оплачиваем три часа индивидуальных консультаций в течение первого года, когда вы получаете медицинскую диетотерапию по программе Medicare. Если необходимо по медицинским показаниям, мы можем одобрить получение дополнительных услуг. Мы оплачиваем два часа индивидуальной консультации каждый год после этого. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменятся, вы можете иметь право на большее количество часов лечения по направлению врача. Врач должен назначить эти услуги и обновлять направление каждый год, если на следующий год вам необходимо продолжать лечение. Мы можем оплатить дополнительные услуги, если это необходимо по медицинским показаниям.	\$0
 Программа профилактики диабета (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Наш план оплачивает услуги MDPP для лиц, имеющих на это право. MDPP создана, чтобы помочь вам вести более здоровый образ жизни. Она предоставляет практическое обучение в следующих областях: • долговременное изменение диеты, и • увеличение физических нагрузок, и • способы поддержания здорового веса и здорового образа жизни.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Препараты по части В программы Medicare Эти препараты покрываются частью В по программе Medicare. Наш план покрывает следующие препараты: • препараты, которые вы обычно не вводите самостоятельно, но которые вводятся путем инъекции или инфузии, когда вы посещаете врача, амбулаторное отделение больницы или центр предоставления амбулаторных хирургических услуг; • инсулин, поставляемый с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, необходимой по медицинским показаниям инсулиновой помпы); • другие препараты, которые вы принимаете при использовании медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзеров) и которые разрешены нашим планом; • препарат от болезни Альцгеймера Leqembi® (дженерик lecanemab), который вводится внутривенно (intravenously, IV) • факторы свертывания крови, которые вы вводите себе в виде инъекций, если у вас гемофилия; • Препараты для трансплантации/иммунодепрессанты: программа Medicare покрывает лечение препаратами для трансплантации, если программа Medicare оплатила трансплантацию вашего органа. На момент покрываемой пересадки органа вы должны иметь покрытие по части А, а на момент приема иммунодепрессантов — по части В. Часть D программы Medicare покрывает иммунодепрессанты, если часть В их не покрывает. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Рецептурные препараты по части B Medicare (продолжение) • инъекционные препараты от остеопороза. Эти препараты оплачиваются, если вы не можете выходить из дома, например, при переломе, который, как подтверждает врач, связан с постклимактерическим остеопорозом, и не можете вводить лекарства самостоятельно; • некоторые антигены: программа Medicare покрывает антигены, если их готовит врач, а надлежащим образом проинструктированное лицо (кем можете быть вы, пациент) вводит их под соответствующим наблюдением • некоторые пероральные противораковые препараты: программа Medicare покрывает некоторые пероральные противораковые препараты, принимаемые вами через рот, если тот же препарат доступен в инъекционной форме или препарат является лекарственной формой препарата (пероральной формой препарата, которая при приеме внутрь распадается на те же активные ингредиенты, что содержатся в инъекционном препарате). По мере появления новых пероральных препаратов для лечения рака часть B, возможно, будет покрывать и их. Если часть B их не покрывает, то тогда их покроет часть D. • пероральные препараты от тошноты: программа Medicare покрывает пероральные противорвотные препараты, которые вы используете в рамках противоракового химиотерапевтического режима, если они принимаются до химиотерапии, во время ее или в течение 48 часов после, или используются в качестве полной терапевтической замены внутривенного противорвотного препарата Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Рецептурные препараты по части B Medicare (продолжение) • некоторые пероральные препараты для лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности (End-Stage Renal Disease, ESRD), покрываемые программой Medicare частью B • кальцимиметические препараты в рамках оплаты ESRD, включая внутривенный препарат Parsabiv® и пероральный препарат Sensipar • некоторые препараты для домашнего диализа, включая гепарин, антидот гепарина (при медицинской необходимости) и местные анестетики • препараты, стимулирующие образование эритроцитов: Medicare покрывает инъекции эритропоэтина, если у вас ESRD или вам необходим этот препарат для лечения анемии, связанной с некоторыми другими заболеваниями • IV иммуноглобулин для лечения на дому первичных заболеваний иммунодефицита • парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое питание) По следующей ссылке вы можете найти список препаратов части B программы Medicare, к которым может применяться пошаговая терапия: medicare.lacare.org. Мы также покроем некоторые вакцины в рамках части B программы Medicare и большинство вакцин для взрослых в рамках страхового покрытия рецептурных препаратов по части D программы Medicare. В главе 5 справочника участника разъясняется льгота на препараты. Здесь разъясняются правила, которые вы должны соблюдать для получения покрытия препаратов. В главе 6 справочника участника разъясняется стоимость препаратов в рамках нашего плана.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Обслуживание в учреждении сестринского ухода* Учреждение сестринского ухода (nursing facility, NF) — это место, где предоставляется обслуживание людям, которые не могут получать его на дому, но для них нет необходимости оставаться в больнице. Услуги, которые мы оплачиваем, включают, помимо прочего, следующее: • двухместную палату (либо отдельную палату, если это необходимо по медицинским показаниям); • питание, включая специальные диеты; • услуги сестринского ухода • физиотерапию, трудотерапию и лечение дефектов речи; • сеансов дыхательной терапии. • препараты, выписанные вам в соответствии с вашим планом обслуживания (сюда относятся вещества, которые естественно присутствуют в организме, такие как факторы свертываемости крови); • кровь, включая хранение и забор крови; • медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые учреждением сестринского ухода; Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Обслуживание в учреждении сестринского ухода* (продолжение) • лабораторные анализы, обычно предоставляемые учреждением сестринского ухода; • рентген и другие радиологические услуги, обычно предоставляемые учреждением сестринского ухода; • использование приспособлений, таких как инвалидные коляски, обычно предоставляемые учреждением сестринского ухода; • услуги врача/практикующего специалиста; • медицинское оборудование длительного пользования • стоматологические услуги, включая съемные зубные протезы; • офтальмологические льготы; • проверка слуха; • услуги мануального терапевта • подиатрические услуги Обычно вы должны получать обслуживание во входящих в сеть учреждениях. Однако, возможно, вы сможете получать обслуживание и в учреждении, не входящем в сеть. Вы сможете получать обслуживание в следующих местах, если там примут к оплате суммы, установленные нашим планом: • центр сестринского ухода или интернат продолжительного ухода для престарелых, где вы жили раньше до перевода в больницу (только в том случае, если там предоставляют услуги сестринского ухода); • учреждение сестринского ухода, где проживает ваш (-а) супруг (-а) или партнер по проживанию на момент вашей выписки из больницы. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининг при ожирении и терапия по снижению веса Если ваш индекс массы тела составляет 30 и более, мы оплатим для вас консультацию по снижению веса. Вы должны проходить консультацию в учреждении первичного медицинского обслуживания. Таким образом лечение может быть скоординировано вашим полным профилактическим планом. Для получения более подробной информации обратитесь к своему поставщику первичных медицинских услуг.	\$0
Услуги программы лечения зависимости от опиоидов (Opioid Treatment Program, ОТП) Наш план покрывает следующие услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением опиоидов (opioid use disorder, OUD), через ОТП, который включает в себя следующие услуги: • действия при приеме; • периодические переоценки; • лекарственные препараты, одобренные Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), и если применимо, управление и выдача этих лекарственных препаратов; • психологическое консультирование по вопросам злоупотребления психоактивными веществами; • индивидуальная и групповая терапия; • тестирование на наличие наркотических и химических веществ в организме (токсикологический анализ).	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Амбулаторные диагностические исследования и терапевтические услуги и принадлежности* Мы оплатим следующие услуги и, возможно, другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не указанные ниже: • рентгенография • лучевая терапия (радий и изотопы), включая технические и расходные материалы; • хирургические принадлежности, например, повязки; • шины, гипсовые повязки и другие материалы для лечения переломов и смещений; • лабораторные анализы • кровь, включая хранение и забор крови; • диагностические нелабораторные тесты, такие как КТ, МРТ, ЭКГ и ПЭТ, когда ваш врач или другой поставщик медицинских услуг назначает их для лечения заболевания • другие амбулаторные диагностические исследования. Необходимо иметь предварительное разрешение и направление, за исключением процедур и услуг диагностического характера, относящихся к COVID-19.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Наблюдение в амбулаторном стационаре* Мы оплачиваем услуги амбулаторного наблюдения в больнице, чтобы определить, нужна ли вам госпитализация или вы можете быть выписаны. Услуги должны соответствовать критериям Medicare и предлагаться разумно и по необходимости. Услуги наблюдения покрываются страхованием только в том случае, если они предоставляются по назначению врача или другого лица, уполномоченного законодательством штата и уставами персонала больницы принимать пациентов в больницу или заказывать амбулаторные анализы. Примечание: если поставщик услуг не выдал письменное распоряжение о вашей госпитализации в больницу, вы являетесь амбулаторным пациентом. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вас все равно могут считать «амбулаторным пациентом». Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, вы должны спросить у персонала больницы. Более подробную информацию можно найти в информационном бюллетене Medicare «Льготы на пребывание в больнице по программе». Этот информационный бюллетень доступен на странице: Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Амбулаторные услуги больницы* Мы оплачиваем необходимые с медицинской точки зрения услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики или лечения заболевания или травмы, например: • Услуги отделения экстренной медицинской помощи или амбулаторной клиники, такие как наблюдение или амбулаторные хирургические операции. ◦ Наблюдение помогает вашему врачу узнать, нужно ли вас госпитализировать «стационарно». ◦ Иногда вы можете остаться в больнице на ночь и при этом находиться там «амбулаторно». ◦ Вы можете получить более подробную информацию о том, что означает пребывание стационарно или амбулаторно в данном информационном бюллетене: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Лабораторные и диагностические исследования, счет за которые выставляет больница. • Услуги охраны психического здоровья, включая обслуживание по программе частичной госпитализации, если врач утверждает, что без нее потребуются стационарное лечение. • Рентген и другие радиологические услуги, счет за которые выставляет больница. • Медицинские принадлежности, такие как шины и гипсовые повязки. • Профилактические осмотры и услуги, которые перечислены в таблице льгот. • Некоторые лекарства, которые вы не можете принимать или вводить самостоятельно. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Амбулаторные услуги по охране и восстановлению психического здоровья* Мы оплачиваем услуги по охране психического здоровья, предоставленные следующими поставщиками: • психиатром или врачом с лицензией штата; • клиническим психологом; • клиническим социальным работником; • клинической медсестрой-специалистом; • лицензированным профессиональным консультантом (licensed professional counselor, LPC) • лицензированным терапевтом по вопросам семьи и брака (licensed marriage and family therapist, LMFT) • медсестрой-практикующим специалистом (NP) • фельдшером (PA) • любым другим квалифицированным в рамках Medicare профессионалом в области психического здоровья, согласно применимым законам штата. Мы оплатим следующие услуги и, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: • услуги клиники; • лечение в дневном стационаре, когда вы соответствуете критериям необходимости по медицинским показаниям для получения специализированных услуг в сфере охраны психического здоровья; • услуги психологической реабилитации, когда вы соответствуете критериям необходимости по медицинским показаниям для получения специализированных услуг в сфере охраны психического здоровья; Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Амбулаторные услуги по охране и восстановлению психического здоровья* (продолжение) • программы частичной госпитализации / интенсивного амбулаторного лечения; • оценка и лечение психического здоровья индивидуально и в группе; • психологическое тестирование по клиническим показаниям для оценки воздействия на состояние психического здоровья; • амбулаторные услуги с целью контроля медикаментозного лечения; • амбулаторная лаборатория, препараты, материалы и добавки; • психиатрическое консультирование. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	
Амбулаторные услуги реабилитации* Мы оплачиваем физиотерапию, трудовую терапию и лечение дефектов речи. Вы можете получить услуги амбулаторной реабилитации в амбулаторном отделении больницы, в кабинетах независимых терапевтов, комплексных амбулаторных реабилитационных учреждениях (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) и в других учреждениях. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Амбулаторные услуги по лечению от злоупотребления психоактивными веществами* Мы оплатим следующие услуги и, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: • Скрининг и психологическое консультирование при злоупотреблении алкоголем • лечение наркотической зависимости; • групповое или индивидуальное консультирование квалифицированным клиническим врачом; • пред-острая детоксикация по программе лечения зависимости с проживанием в учреждении; • услуги по лечению алкогольной и/или наркотической зависимости в амбулаторном лечебном центре; • лечение препаратом Naltrexone (vivitrol) с пролонгированным высвобождением	
Амбулаторные операции* Мы оплачиваем амбулаторные операции и услуги, оказанные в амбулаторном отделении больничного учреждения и амбулаторных хирургических центрах. Примечание: если вам предстоит операция в больнице, вам следует проконсультироваться со своим поставщиком услуг и узнать, будете ли вы проходить ее амбулаторно или стационарно. Примечание: если поставщик услуг не выдал письменное распоряжение о вашей госпитализации в больницу, вы являетесь амбулаторным пациентом. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вас все равно могут считать «амбулаторным пациентом». Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Паллиативный уход Паллиативный уход покрывается нашим планом. Паллиативный уход предоставляется лицам, у которых есть серьезное заболевание. Он обеспечивает уход, ориентированный на пациента и его семью, который улучшает качество жизни путем прогнозирования, предотвращения и облегчения страданий. Паллиативный уход — это не хоспис, поэтому для получения паллиативного ухода не обязательно, чтобы ожидаемая продолжительность жизни составляла шесть месяцев или меньше. Паллиативный уход предоставляется одновременно с лечебной/обычной помощью. Паллиативный уход включает следующее: • предварительное планирование обслуживания • оценка и консультация по паллиативной помощи • план обслуживания, включающий всю разрешенную паллиативную и лечебную помощь, услуги в области психического здоровья и медико-социальные услуги • услуги от вашей назначенной команды по уходу • координирование обслуживания • управление болью и симптомами Если вы старше 21 года, вы не сможете получать хосписную и паллиативную помощь одновременно. Если вы получаете паллиативную помощь и соответствуете требованиям для получения хосписной помощи, вы можете в любое время попросить о переводе вас на хосписную помощь.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Частичная госпитализация и интенсивные амбулаторные услуги* Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения. Она предлагается в виде амбулаторной услуги в больнице или в общественном центре психического здоровья и является более интенсивной, чем помощь, которую вы получаете в кабинете своего врача, психотерапевта, лицензированного специалиста по вопросам брака и семьи (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта. При этом нет необходимости в госпитализации. Интенсивные амбулаторные услуги — это структурированная программа активного поведенческого (психического) оздоровительного лечения, предоставляемая в качестве амбулаторной услуги в больнице, общественном центре психического здоровья, федерально сертифицированном медицинском центре или сельской поликлинике, которая является более интенсивной, чем помощь, которую можно получить у врача, терапевта, LMFT или лицензированного профессионального консультанта, но менее интенсивной, чем частичная госпитализация.	\$0
Персональная система экстренного реагирования (Personal Emergency Response System, PERS) Страховое покрытие распространяется на одну персональную систему экстренного реагирования (PERS) Персональная система экстренного реагирования — это система мониторинга медицинских предупреждений, которая обеспечивает круглосуточный доступ к помощи одним нажатием кнопки.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги врача/поставщика услуг, включая посещение кабинета врача* Мы оплатим следующие услуги: • услуги здравоохранения, необходимые по медицинским показаниям, или хирургические услуги в следующих условиях: ◦ в кабинете врача; ◦ в сертифицированном амбулаторном хирургическом центре; ◦ в амбулаторном отделении больницы; • в качестве консультации, диагностики и лечения у специалиста; • как базовые проверки слуха и равновесия, проводимые вашим поставщиком первичных медицинских услуг или специалистом, если ваш врач назначает их с целью определения необходимости лечения. • Определенные дополнительные услуги телемедицины, в том числе, направленные на лечение простуды, гриппа, инфекций носовых пазух и грудной клетки, аллергии, кожных заболеваний, при повышенной температуре, боли в горле, инфекции уха. ◦ У вас есть возможность получить эти услуги при личном посещении или посредством услуг телемедицины. Если вы решите получить какие-либо из этих услуг посредством телемедицины, вы должны использовать входящего в сеть поставщика услуг, который предлагает эту услугу через телемедицину. Ваш РСР или медицинская группа РСР могут предлагать услуги телемедицины. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг, чтобы узнать, предлагает ли он услуги телемедицины.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги врача/поставщика услуг, включая посещение кабинета врача (продолжение) ◦ Телефонные консультации: программа Teladoc предоставляет участникам неограниченный доступ к телефонным консультациям с лицензированными штатом врачами по бесплатному телефону 1-800-835-2362 или по линии ТТУ: 711 круглосуточно и ежедневно. ◦ Видео-консультации: программа Teladoc предоставляет участникам конфиденциальные и безопасные видео-консультации с врачом, лицензированным тем штатом, где находится участник, ежедневно с 7:00 до 21:00. Для проведения видео-консультаций надо загрузить приложение Teladoc на ваше мобильное устройство. Загрузите приложение, зайдя на веб-сайт: https://www.teladoc.com/mobile/. • Услуги телемедицины с целью ежемесячного осмотра в связи с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ESRD) для получающих диализ на дому участников в центре почечного диализа при больнице, в центре неотложного почечного диализа при больнице, в учреждении почечного диализа или на дому у участника. • Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта. • Услуги телемедицины для участников, страдающих расстройствами, вызванными употреблением психоактивными веществами Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги врача/поставщика услуг, включая посещение кабинета врача (продолжение) • Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения расстройств психического здоровья, если: ◦ вы были на приеме у врача лично в последние 6 месяцев до вашего первого виртуального приема у врача ◦ каждые 12 месяцев вы приходите к врачу лично, и периодически получаете услуги телемедицины ◦ Исключения из вышеизложенного могут быть сделаны при определенных обстоятельствах • Услуги телемедицины по охране психического здоровья в фельдшерско-акушерских пунктах и квалифицированных на федеральном уровне медицинских центрах. • Виртуальные осмотры (например, по телефону или в видеочате) у врача в течение 5-10 минут, если: ◦ вы не новый пациент, и ◦ осмотр не связан к вашим посещением кабинета врача в течение последних 7 дней, и ◦ по результатам осмотра вам не надо посетить кабинет врача в течение 24 часов или при первой возможности. • Оценка видео и/или изображений, которые вы отправляете своему врачу, а также их интерпретация и последующее наблюдение вашим врачом в течение 24 часов, если: ◦ вы не новый пациент, и ◦ осмотр не связан к вашим посещением кабинета врача в течение последних 7 дней, и ◦ оценка не приводит к посещению врача в течение 24 часов или при первой возможности. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги врача/поставщика услуг, включая посещение кабинета врача (продолжение) • Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, в интернете или посредством электронной медицинской карты, если вы не новый пациент. • Заключение другого входящего в сеть поставщика услуг до проведения хирургической операции Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	
Услуги подиатрии* Мы оплатим следующие услуги: • диагностику и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразные пальцы или пяточная шпора); • плановый уход за стопами для участников с заболеваниями, влияющими на ноги, например диабетом. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	\$0
Плановые подиатрические услуги* Наш план покрывает до 14 плановых посещений по уходу за ногами каждый год для получения услуг подиатрии, не покрываемых программами Medicare и Medi-Cal. Плановые услуги по уходу за ступнями ног включают следующие процедуры: • Срезание или удаление натоптышей и мозолей • Обрезание, подстригание или подрезание ногтей гигиеническое или другое профилактическое обслуживание, например, мытье и ванночки для ног. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Доконтактная профилактика (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) для предотвращения ВИЧ Если у вас нет ВИЧ, но ваш врач или другой медицинский работник определил, что у вас повышенный риск заражения ВИЧ, мы покрываем расходы на лекарственные препараты для доконтактной профилактики (PrEP) и сопутствующие услуги. Если вы подходите по критериям, покрываемые услуги включают: • Одобренные (FDA) пероральные или инъекционные препараты PrEP. Если вы получаете инъекционный препарат, мы также покрываем стоимость инъекции препарата. • До 8 индивидуальных сеансов консультирования (включая оценку риска заражения ВИЧ, снижение риска заражения ВИЧ и соблюдение режима приема лекарств) каждые 12 месяцев. • До 8 обследований на ВИЧ каждые 12 месяцев. • Однократное обследование на вирус гепатита В.	\$0
 Скрининговые обследования для выявления рака предстательной железы Для мужчин 50 лет и старше мы оплачиваем следующие услуги каждые 12 месяцев: • пальцевое исследование прямой кишки; • анализ на специфический антиген простаты (prostate specific antigen, PSA).	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Протезные и ортопедические устройства и соответствующие принадлежности* протезные устройства заменяют части человеческого тела или их функции (целиком или частично). Эти услуги включают, но не ограничиваются, следующим: • тестирование, примерка или обучение использованию протезных и ортопедических устройств • калоприемник и принадлежности, относящиеся к калоприемнику; • энтеральное и парентеральное питание, включая наборы для кормления, инфузионный насос, трубки и адаптер, растворы и расходные материалы для самостоятельных инъекций; • кардиостимуляторы; • бандажи; • протезно-ортопедическую обувь; • протезы рук и ног; • протезы молочных желез (включая хирургический бюстгальтер после мастэктомии); • протезы для замены всех частей внешней поверхности тела, которая была удалена или повреждена в результате болезни, травмы или врожденного дефекта • кремы и подгузники, используемые при недержании. Мы также оплачиваем некоторые принадлежности, имеющие отношение к протезным и ортопедическим устройствам. Мы также оплачиваем ремонт или замену протезных и ортопедических устройств. Мы предлагаем частичное покрытие обслуживания после удаления катаракты или операции, связанной с катарактой. Для получения подробной информации см. «Офтальмологическое обслуживание» далее в данном разделе.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Услуги легочной реабилитации* Мы оплатим услуги программ легочной реабилитации для участников с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) средней и тяжелой степени. У вас обязательно должно быть направление на легочную реабилитацию от врача или поставщика услуг, лечащего ХОБЛ. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	\$0
 Скрининг на инфекцию вируса гепатита С Мы покрываем одно обследование на гепатит С, если ваш врач первичного обслуживания или другой квалифицированный поставщик медицинских услуг назначил его, и вы соответствуете одному из следующих условий: • Вы находитесь в группе высокого риска, поскольку употребляете или употребляли запрещенные инъекционные наркотики. • Вам было сделано переливание крови до 1992 года. • Вы родились в период 1945-1965 годов. Если вы родились в период с 1945 по 1965 год и не относитесь к группе высокого риска, мы оплатим скрининг один раз. Если вы находитесь в группе высокого риска (например, вы продолжаете употреблять запрещенные инъекционные наркотики после предыдущего отрицательного результата теста на гепатит С), мы покрываем ежегодные проверки.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Скрининг и консультирование при инфекциях, передающихся половым путем (ИППП) Мы оплачиваем анализы на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В. Эти обследования покрываются для беременных женщин и отдельных лиц, имеющих повышенный риск заражения ИППП. Заказывать проведение таких анализов должен поставщик первичных медицинских услуг. Мы покрываем стоимость данных анализов один раз каждые 12 месяцев, а также в определенные периоды во время беременности. Мы также оплачиваем до двух личных консультаций высокой интенсивности для лечения поведенческих отклонений раз в год для взрослых лиц с повышенным риском заражения ИППП, ведущих активную половую жизнь. Каждая консультация может длиться 20-30 минут. Мы оплачиваем данные сеансы психологической консультации в качестве профилактики, если они проводятся поставщиком первичных медицинских услуг. Эти приемы должны проводиться в учреждении первичного обслуживания, например, в кабинете врача.	\$0
Учреждение квалифицированного сестринского ухода (SNF)* Определение учреждения квалифицированного сестринского ухода см. в главе 12. Мы оплатим следующие услуги и, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: • двухместную палату или либо отдельную палату, если это необходимо по медицинским показаниям; • питание, включая специальные диеты; • услуги сестринского ухода; • физиотерапию, трудовую терапию и лечение дефектов речи; Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице	



Покрываемые услуги	Что платите вы
Учреждение квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility, SNF) (продолжение) • препараты, которые вы получаете в рамках своего плана обслуживания, включая вещества, присутствующие в организме естественным образом, например, факторы свертывания крови; • кровь, включая хранение и забор крови; • медицинские и хирургические принадлежности, предоставляемые учреждениями SNF; • лабораторные анализы, сделанные в SNF; • рентгенографию и другие радиологические услуги, предоставляемые учреждениями сестринского ухода; • приспособления, например, инвалидные коляски, обычно предоставляемые учреждениями сестринского ухода; • услуги врача/поставщика. Обычно вы должны получать обслуживание во входящих в сеть учреждениях SNF. Однако, возможно, вы сможете получать обслуживание и в учреждении, не входящем в сеть. Вы сможете получать обслуживание в следующих местах, если там примут к оплате суммы, установленные нашим планом: • в учреждении сестринского ухода или центрах совместного проживания с постоянным уходом за пенсионерами, где вы жили до госпитализации (при условии, что там предоставляют услуги сестринского ухода); • учреждение сестринского ухода, где проживает ваш (-а) супруг (-а) или партнер по проживанию на момент вашей выписки из больницы. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Отказ от курения и употребления табака Консультации по отказу от курения и употребления табака покрываются амбулаторным и госпитализированным пациентам, которые соответствуют следующим критериям: • употребляют табак, независимо от наличия у них признаков или симптомов заболеваний, связанных с курением; • компетентны и внимательны во время консультации; • консультирование проводит квалифицированный врач или другой специалист, аккредитованный Medicare. Мы покрываем две попытки отказа от курения в год (каждая попытка может включать максимум четыре промежуточных или интенсивных сеанса, до восьми сеансов в год).	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Лечебная физкультура под наблюдением (Supervised exercise therapy, SET)* Мы оплатим SET для участников с симптоматическим заболеванием периферических артерий (Peripheral Artery Disease, PAD). Наш план оплачивает: • до 36 сеансов в течение 12 недель при условии, что все требования SET удовлетворены; • дополнительные 36 сеансов в течение периода времени, если поставщик медицинских услуг счел услуги необходимыми по медицинским показаниям. Программа SET должна: • состоять из терапевтической программы физической подготовки PAD для участников с икроножными судорогами вследствие плохого кровотока (нарушения кровообращения) с продолжительностью сессий от 30 до 60 минут; • проводиться в амбулаторных условиях больницы или в кабинете врача • предоставляться квалифицированным персоналом, который удостоверится, что пользы от занятий больше, чем вреда, и обученным лечебной физкультуре PAD; • проводиться под непосредственным наблюдением врача, фельдшера или практикующей медсестры/клинической медсестры-специалиста, обученных в предоставлении как базовой, так и расширенной реанимационной деятельности. Вам следует поговорить со своим поставщиком услуг и получить направление.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Транспортировка: транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства* Эта льгота позволяет осуществлять медицинскую транспортировку для получения услуг, покрываемых вашим планом и Medicare. Сюда может входить: машина скорой помощи, машина для перевозки лежачих больных, услуги медицинской транспортировки больных в инвалидных колясках, координация транспортных услуг для инвалидов. Эти виды транспортировки утверждаются в следующих случаях: Ваш лечащий врач определил, что ваше медицинское и/или физическое состояние не позволяет вам ездить на автобусе, легковом автомобиле, такси или другом виде общественного или частного транспорта, и для этого требуется предварительное разрешение, и вам нужно будет позвонить в свой план, чтобы организовать поездку. План L.A. Care сотрудничает с вашим врачом, чтобы помочь вам спланировать транспорт, необходимый для того, чтобы добраться до места оказания услуг, покрываемых программой L.A. Care Medicare Plus, и обратно. Для заказа транспорта может понадобиться запрос от поставщика услуг и разрешение от L.A. Care. Для получения дополнительной информации о транспортных услугах и для заказа транспорта звоните в отдел обслуживания участников плана L.A. Care Medicare Plus по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Транспортировка: немедицинская транспортировка Эта льгота позволяет вам пользоваться услугами транспортировки для получения медицинских услуг с помощью пассажирского автомобиля, такси или другой формы общественного/личного транспорта. Транспортировка необходима для получения требуемой медицинской помощи, покрываемой Medi-Cal, включая поездки на прием к стоматологу и для получения лекарств. Транспортные расходы, связанные с услугами, покрываемыми одновременно Medi-Cal и Medicare, входят в страхование. План L.A. Care может помочь вам спланировать необходимую транспортировку туда и обратно для получения покрываемых планом L.A. Care Medicare Plus услуг. Для получения дополнительной информации о транспортных услугах и для заказа транспорта звоните в отдел обслуживания участников плана L.A. Care Medicare Plus по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Срочно необходимое обслуживание Неотложная медицинская помощь — это помощь, которую оказывают в следующих случаях: • неэкстренный случай, требующий оказания незамедлительной медицинской помощи, или • внезапное непредвиденное заболевание, или • травма, или • состояние, которое требует немедленного медицинского вмешательства. Если вам требуется неотложная медицинская помощь, сначала вам следует попробовать получить ее у входящего в сеть поставщика. Тем не менее, вы можете использовать поставщиков услуг, не входящих в сеть, если вы не можете связаться с сетевым поставщиком, потому что с учетом времени, места и ваших обстоятельств получение услуг от сетевых поставщиков невозможно или нецелесообразно (например, когда вы находитесь за пределами зоны обслуживания, и вам требуется неотложная медицинская помощь в связи с непредвиденным заболеванием, но это не требует скорой помощи). Услуги скорой или неотложной помощи покрываются в любой точке мира без предварительного разрешения. Мы покроем до \$10,000 в год на данный вид услуг. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников. Выберите центр неотложной медицинской помощи, который сотрудничает с вашей медицинской группой. Вы можете найти информацию о своей медицинской группе на карточке участника.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Офтальмологические услуги Текущие осмотры офтальмолога Мы покрываем текущие офтальмологические услуги, если вы пользуетесь услугами поставщика в нашей сети плана обслуживания зрения (Vision Service Plan, VSP). Чтобы найти ближайшего к вам поставщика услуг, посетите наш справочников поставщиков. Ваши ежедневные услуги по охране зрения включают: • Один плановый осмотр глаз в год* • До 500 долларов США на одну пару очков (только оправа) или контактных линз каждые два календарных года • Покрывается стоимость базовых линз с диоптриями, таких как стеклянные или пластиковые, однофокусные, бифокальные с диоптриями, трифокальные с диоптриями или лентикулярные линзы, каждые два календарных года. Модернизация и усовершенствования, такие как прогрессивные линзы, покрытия, устойчивые к царапинам, другие покрытия и дополнительные услуги, не покрываются. Примечание: базовые линзы с диоптриями не учитываются в пособии в размере 500 долларов США. Чтобы узнать больше о офтальмологической помощи, покрываемой программой L.A. Care Medicare Plus, позвоните по телефону 1-855-492-9028 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю, или ознакомьтесь с каталогом поставщиков услуг на нашем веб-сайте: www.vsp.com/advantageonly Услуги, покрываемые программой Medicare* Мы оплачиваем амбулаторные услуги врача по диагностике и лечению заболеваний и травм глаз. Сюда входит лечение возрастной макулярной дегенерации. Продолжение описания этой льготы см. на следующей странице.	\$0



Покрываемые услуги	Что платите вы
Офтальмологические услуги Текущие осмотры офтальмолога (продолжение) Для людей с высоким риском глаукомы мы оплачиваем одно обследование на предмет выявления глаукомы каждый год. К группе высокого риска глаукомы относятся: • люди с семейным анамнезом глаукомы; • больные диабетом; • афроамериканцы 50 лет и старше; • испано-американцы в возрасте 65 лет или старше. Людам, страдающим диабетом, мы оплачиваем обследование на диабетическую ретинопатию один раз в год. Мы оплачиваем одну пару очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты, когда врач вставляет хрусталик. Если у вас было две отдельные операции по удалению катаракты, вам необходима новая пара очков после каждой операции. Вы не сможете получить две пары очков после второй операции, даже если после первой вы очки не получали.) Обратитесь к своему врачу и получите направление.	



Покрываемые услуги	Что платите вы
 Профилактический прием «Добро пожаловать в программу Medicare» Мы покрываем одноразовый профилактический осмотр «Добро пожаловать в программу Medicare». В этот прием входит: • изучение состояния вашего здоровья, • просветительские услуги и консультирование по профилактическим услугам, которые вам нужны (включая скрининг и прививки) и • направления на другое обслуживание по необходимости. Примечание: мы покрываем профилактический прием «Добро пожаловать в программу Medicare» только в течение первых 12 месяцев после зачисления в часть В по программе Medicare. Во время записи на прием сообщите, что вы хотите назначить профилактический осмотр «Добро пожаловать в программу Medicare».	\$0

Е. Общие ресурсы по месту жительства

Вы можете получать поддержку в рамках вашего индивидуального плана медицинского обслуживания. Общие ресурсы по месту жительства — это приемлемые с медицинской точки зрения и целесообразные с точки зрения стоимости услуги или условия, альтернативные тем, которые покрываются планом Medi-Cal штата. Участники могут получать данные услуги по выбору. Если вы имеете право на их получение, эти услуги могут помочь вам жить более независимо. Они не заменяют льготы, которые вы уже получаете по программе Medi-Cal.

Вы можете получать поддержку в рамках вашего индивидуального плана медицинского обслуживания. Общие ресурсы по месту жительства — это приемлемые с медицинской точки зрения и целесообразные с точки зрения стоимости услуги или условия, альтернативные тем, которые покрываются планом Medi-Cal штата. Участники могут получать данные услуги по выбору. Если вы имеете право на их получение, эти услуги могут помочь вам жить более независимо.



Они не заменяют льготы, которые вы уже получаете по программе Medi-Cal. Общественные ресурсы по месту жительства могут включать в себя помощь в поиске или сохранении жилья, специально подобранное с медицинской точки зрения питание или другую помощь для вас или вашего опекуна. Если вам нужна помощь или вы хотите узнать, какие общественные ресурсы по месту жительства вы можете получить, позвоните по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни, или свяжитесь со своим поставщиком медицинских услуг. Для участников общественные ресурсы по месту жительства предоставляются бесплатно.

Планом L.A. Care Health Plan предлагаются следующие общественные ресурсы по месту жительства:

- Услуги по поиску жилья на переходный период и услуги по аренде жилья и поддержке.
 - Сюда входят услуги, помогающие участникам найти жилье и поддерживать безопасную и стабильную аренду.
- Программа «Медицинское питание»
 - Программа питания, которая помогает участникам контролировать состояние своего здоровья и знакомиться со здоровым питанием. Участники, соответствующие требованиям, могут получать питание прямо на дом в течение 12 недель.
- Восстановительный уход (медицинский временный уход).
 - Краткосрочная комплексная и клиническая помощь для участников, которым больше не требуется госпитализация, но которые все еще нуждаются в восстановлении после травмы или болезни (включая нарушения психического здоровья)
- Обеспечение средствами для проживания
 - Помогает в определении, координации, обеспечении или финансировании единовременных услуг и изменений, необходимых для того, чтобы человек мог вести элементарное домашнее хозяйство. Это не является предоставлением жилья и питания.
- Вырезвительные центры
 - Альтернативные пункты назначения для участников, которые находятся в состоянии алкогольного опьянения в общественном месте и в противном случае были бы доставлены в отделение неотложной помощи или тюрьму



- Услуги персонального ухода и помощи по дому
 - Поддержка для участников, которым нужна помощь в повседневных делах, таких как купание, одевание, личная гигиена, приготовление пищи и прием пищи.
- Кратковременные услуги взамен услуг ухаживающего лица
 - Краткосрочные услуги в целях предоставления возможности отдохнуть лицу, осуществляющему уход за участником, которому требуется периодическая временная помощь
- Модификации, обеспечивающие доступность окружающей обстановки (модификации дома)
 - Физическая адаптация жилища для обеспечения здоровья и безопасности человека или предоставления возможности участнику оставаться жить дома с наибольшей независимостью
- Лечение астмы
 - Материальные изменения домашней обстановки, которые необходимы для обеспечения здоровья, благополучия и безопасности участника или позволяют участнику оставаться проживать у себя дома, и без которых острые приступы астмы могут привести к необходимости оказания неотложной помощи и госпитализации.
- Перевод/переход из учреждений сестринского ухода в учреждения вспомогательного проживания
 - Помогает участникам оставаться жить в обществе, облегчая переход из учреждения сестринского ухода обратно в домашнюю обстановку, для проживания в обществе или предотвращая необходимость помещения в учреждения вспомогательного проживания для тех, кому это срочно необходимо.
- Услуги по переходу к проживанию по месту жительства/переходу из учреждения сестринского ухода в домашнюю обстановку
 - Помощь участникам для проживания в сообществе, во избежание дальнейшей институционализации, оплачивая единовременные расходы на обживание для участников, переходящих из лицензированного учреждения в условия проживания в частном доме.



- Краткосрочная госпитализация — жилье
 - Предоставляется тем, у кого нет места жительства и кто испытывает серьезные потребности в медицинской помощи или услугах по охране психического здоровья, возможность продолжить медицинское, психиатрическое или наркологическое восстановление сразу после выхода из стационарного учреждения.
- Программы адаптации в дневное время
 - Предоставляет услуги на дому или за его пределами, помогая человеку приобретать, сохранять и совершенствовать навыки самопомощи. Социализация и адаптивные навыки, необходимые для успешного проживания в сообществе

Если вам нужна помощь, или вы хотите узнать, какие общественные ресурсы по месту жительства могут быть вам предоставлены, звоните по телефону 1-833-522-3767 круглосуточно и ежедневно, включая праздничные дни (линия ТТУ 711), или позвоните своему поставщику медицинских услуг.

Г. Льготы, покрываемые вне нашего плана

Мы не покрываем следующие услуги, но они доступны в рамках программы Medi-Cal со сдельной оплатой.

Г1. Программа перехода на проживание по месту жительства в Калифорнии (ССТ)

Программа перехода на проживание по месту жительства в Калифорнии (California Community Transitions, CCT) использует местные ведущие организации для помощи участникам, имеющим право на получение льгот по программе Medi-Cal, которые проживали в стационарном лечебном учреждении в течение как минимум 60 последовательных дней и хотели бы вернуться к своему прежнему месту проживания и жить в безопасности в своем сообществе. Программа CCT оплачивает услуги координации перехода на протяжении периода до его осуществления и в течение 365 дней после него, чтобы помочь получателям льгот вернуться к проживанию в сообществе.

Вы можете получить услуги координации перехода у любой ведущей организации CCT, которая обслуживает ваш округ. Вы можете ознакомиться со списком ведущих организаций CCT и округов, которые они обслуживают, на веб-сайте Департамента здравоохранения по адресу:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx>.



Услуги координации перехода в рамках программы ССТ

Программа Medi-Cal оплатит услуги координации перехода. Вы ничего не платите за эти услуги.

За услуги, не связанные с переходом по программе ССТ

Поставщик выставляет счет за услуги нам. Наш план оплатит услуги после вашего перехода. Вы ничего не платите за эти услуги.

Пока вы получаете услуги по координации перехода в рамках ССТ, мы оплачиваем услуги, перечисленные в таблице льгот в **разделе D**.

Отсутствие изменений в страховом покрытии расходов на препараты

Программа ССТ **не** покрывает препараты. Вы продолжите получать свое обычное покрытие препаратов в рамках нашего плана. См. **главу 5 справочника участника** для получения дополнительной информации.

Примечание: если вам необходимо обслуживание, не связанное с переходом по программе ССТ, позвоните своему координатору медицинского обслуживания, чтобы назначить эти услуги. Обслуживание, не связанное с переходом по программе ССТ, — это услуги, которые **не** связаны с переходом из учреждения/заведения.

F2. Стоматологическая программа Medi-Cal Dental

Определенные стоматологические услуги можно получить в рамках программы Medi-Cal Dental. Более подробную информацию можно получить на веб-сайте SmileCalifornia.org. В программу Medi-Cal Dental входят следующие услуги (список не исчерпывающий):

- первичный осмотр, рентген, чистка и обработка фторидом;
- реставрации и коронки;
- лечение корневого канала;
- полную корректировку, ремонт и перебазировку протеза.

Для получения дополнительной информации о стоматологических льготах, а также если вам необходима помощь в поиске стоматолога, который принимает страхование программы Medi-Cal, звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-800-322-6384 (линия ТТУ: 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. Сотрудники стоматологической программы Medi-Cal работают с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу. Вы также можете посетить веб-сайт smilecalifornia.org/, чтобы получить дополнительную информацию.



В округах Сакраменто и Лос-Анджелес вы можете получить стоматологические услуги по программе Medi-Cal через план управляемого стоматологического обслуживания (Dental Managed Care, DMC). Если вы хотите получить дополнительную информацию о стоматологических планах программы Medi-Cal или вы хотите внести изменения, звоните в программу выбора медицинского обслуживания по телефону 1-800-430-4263 (линия ТТУ: 1-800-430-7077) с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звонок бесплатный. Контактную информацию DMC можно также найти здесь: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. www.hpsm.org/dental

Примечание. Наш план предлагает дополнительные стоматологические услуги. Для получения более подробной информации см. таблицу льгот в разделе **D** этой главы.

F3. Программы предоставления услуг поддержки на дому (IHSS)

- Программа Программы предоставления услуг поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS) поможет оплатить предоставленные вам услуги зарегистрированных поставщиков медицинских услуг, чтобы вы могли безопасно оставаться жить у себя дома. Программа IHSS считается альтернативой медицинскому обслуживанию вне дома, например, в домах престарелых или интернатах.
- Чтобы получать такие услуги, нужно проверить, какие типы услуг следует утвердить для каждого участника с учетом их потребностей. К услугам, которые можно утвердить через программу IHSS, относятся уборка дома, приготовление пищи, стирка белья, покупка продуктов, индивидуальный уход (в том числе помощь при справлении большой и малой нужды, купание, уход за собой, медицинские услуги, предоставляемые парамедицинским персоналом), сопровождение на прием к врачу и наблюдение за лицами с расстройствами психики в целях из защиты.
- Ваш координатор по уходу может помочь вам подать заявление на получение услуг IHSS в окружное агентство социальных услуг.

F4. 1915(c) Программы услуг на дому и по месту жительства (HCBS)

Выбор проживания в учреждениях с уходом (ALW)

Программа проживания в учреждениях с уходом (Assisted Living Waiver, ALW) предлагает получателям льгот Medi-Cal возможность проживания в учреждении по уходу за престарелыми в качестве альтернативы долгосрочному размещению в учреждении сестринского ухода. Целью ALW является облегчение перехода из учреждения сестринского ухода обратно в домашнюю и общественную обстановку или предотвращение госпитализации



в учреждение квалифицированного сестринского ухода для получателей льгот с немедленной потребностью в размещении в учреждении сестринского ухода.

Участники, которые зарегистрированы в ALW, могут оставаться участниками ALW, получая при этом льготы, предоставляемые нашим планом. Наш план работает с вашим агентством по координации обслуживания ALW для организации получаемых вами услуг.

В настоящее время программа ALW доступна только в следующих округах: Аламеда, Контра-Коста, Фресно, Керн, Лос-Анджелес, Ориндж, Риверсайд, Сакраменто, Сан-Бернардино, Сан-Диего, Сан-Франциско, Сан-Хоакин, Сан-Матео, Санта-Клара и Сонома

Ваш координатор обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в ALW. Актуальный список агентств по координированию обслуживания может быть найден по следующему адресу:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf>

HCBS — Альтернативная программа для калифорнийцев с нарушениями развития (HCBS-DD)

Альтернативная программа самоопределения (SDP) в Калифорнии для лиц с нарушениями развития

- Есть две альтернативных программы 1915(c): услуг на дому и в обществе при нарушениях в развитии (Home and Community-Based Services - Developmental Disabilities, HSBS-DD) и самоопределения (Self-Determination Program, SDP). Они предоставляют услуги лицам с диагнозом нарушения развития, которое началось до достижения 18-летнего возраста и, как ожидается, будет продолжаться неопределенно долго. Обе альтернативные программы могут служить способом финансирования определенных услуг, которые позволяют лицам с нарушениями развития жить дома или в обществе, а не проживать в лицензированном медицинском учреждении. Расходы на эти услуги финансируются совместно программой Medicaid федерального правительства и штатом Калифорния. Ваш координатор обслуживания может помочь вам подключиться к услугам альтернативных программ при нарушениях в развитии (Developmental Disabilities, DD).

Альтернативная программа услуг на дому и по месту жительства (HCBA)

- Альтернативная программа услуг на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Alternative, HCBA) предоставляет услуги специалиста по управлению обслуживанием лицам, которым грозит помещение в учреждение сестринского ухода или другое учреждение. Услуги специалиста по управлению обслуживанием предоставляются



многопрофильной командой, состоящей из медсестры и социального работника. Команда координирует услуги альтернативной программы и плана штата (такие как медицинские услуги, услуги по охране психического здоровья, услуги поддержки на дому и т. д.), а также организует другие долгосрочные услуги и поддержку, доступные в местном сообществе. Услуги по управлению обслуживанием и услуги альтернативной программы предоставляются по месту жительства участника. Это может быть частной собственностью, арендованным жильем, или резиденцией члена семьи участника.

- Участники, которые зарегистрированы в альтернативной программе НСВА могут оставаться участниками НСВА, получая при этом льготы, предоставляемые нашим планом. Наш план работает с вашим агентством НСВА для организации получаемых вами услуг.
- Ваш координатор обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в НСВА.

Альтернативная программа Medi-Cal (MCWP)

- Альтернативная программа Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) обеспечивает комплексное ведение случаев и услуги непосредственного ухода для лиц, живущих с ВИЧ, в качестве альтернативы уходу в учреждении сестринского ухода или госпитализации. Ведение пациента — это коллективный подход, ориентированный на участника, состоящий из дипломированной медсестры и социального работника-специалиста по ведению пациента. Специалисты по ведению пациента сотрудничают с участником и поставщиками первичных медицинских услуг, членами семьи, лицами, осуществляющими уход, и другими лицами с целью определения необходимого ухода, чтобы участник мог оставаться у себя дома и в своем сообществе.
- Цели MCWP заключаются в следующем: (1) предоставлять услуги на дому и по месту жительства для людей с ВИЧ, которым в противном случае могут потребоваться услуги в учреждении; (2) помочь участникам в управлении здоровьем при наличии ВИЧ; (3) усовершенствовать доступ к социальной поддержке и услугам по охране психического здоровья, а также (4) координировать услуги поставщиков услуг и свести дублирование услуг на нет.
- Участники, которые зарегистрированы в альтернативной программе MCWP могут оставаться участниками MCWP, получая при этом льготы, предоставляемые нашим планом. Наш план работает с вашим агентством MCWP для организации получаемых вами услуг.
- Ваш координатор обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в MCWP.



Dignity Health — St. Mary Medical Center	1045 Atlantic Avenue, Suite 1016, Long Beach, CA 90813	(866) 243-7435
AIDS Healthcare Foundation	6255 Sunset Blvd., 19th Floor, Los Angeles, CA 90028	(727) 409-0759
AltaMed Health Services Corporation	5427 E. Whittier Blvd., Los Angeles, CA 90022	(323) 869-5468
APLA Health & Wellness	611 S. Kingsley Drive, Los Angeles, CA 90005	(213) 201-1600
Minority AIDS Project	5149 W. Jefferson Blvd., Los Angeles, CA 90016	(323) 936-4949
Tarzana Treatment Centers	7101 Baird Avenue, Reseda, CA 91335	(888) 777-8565

Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (MSSP)

- Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) предоставляет услуги по управлению социальными и медицинскими вопросами, чтобы помочь людям оставаться в своих домах и общинах.
- Хотя большинство участников программы также получают услуги поддержки на дому, MSSP обеспечивает постоянную координацию ухода, связывает участников с другими необходимыми общественными службами и ресурсами, координирует работу с поставщиками медицинских услуг и закупает некоторые необходимые услуги, которые в противном случае были бы недоступны, чтобы предотвратить или отсрочить помещение в учреждение. Общая годовая стоимость управления обслуживанием и другие услуги должна быть ниже стоимости получения ухода в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Команда специалистов в области здравоохранения и социальных услуг проводит для каждого участника MSSP полную медицинскую и психосоциальную оценку для определения необходимых услуг. Затем команда работает с участником MSSP, его врачом, семьей и другими лицами, чтобы разработать индивидуальный план медицинского обслуживания. Услуги включают:
 - Управление обслуживанием
 - Дневная программа медицинского ухода за взрослыми
 - Небольшая помощь в содержании и ремонта дома
 - дополнительные услуги по ведению домашнего хозяйства, личной гигиене и услуги присмотра в целях обеспечения безопасности



- Кратковременные услуги взамен услуг ухаживающего лица
- Транспортные услуги
- консультационные и терапевтические услуги
- питание
- услуги по коммуникации.
- Участники, которые зарегистрированы в альтернативной программе MSSP могут оставаться участниками MSSP, получая при этом льготы, предоставляемые нашим планом. Наш план работает с вашим агентством MSSP для организации получаемых вами услуг.
- Ваш координатор обслуживания может помочь вам подать заявление на участие в MSSP.

F5. Услуги по охране психического здоровья, предоставляемые в рамках округа вне нашего плана (психическое здоровье и лечение наркотической зависимости)

У вас будет доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам по охране психического здоровья, которые покрываются по программам Medicare и Medi-Cal. Мы обеспечиваем доступ к услугам охраны психического здоровья в рамках программы управляемого обслуживания Medicare и Medi-Cal. Наш план не предоставляет специализированные услуги по охране психического здоровья в рамках программы Medi-Cal или услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, но эти услуги доступны вам через окружные агентства по охране психического здоровья.

Специализированные услуги по охране психического здоровья программы Medi-Cal доступны через окружной план охраны психического здоровья (mental health plan, MHP), если вы отвечаете критериям для их получения. Специализированные услуги по охране психического здоровья программы Medi-Cal, предоставляемые окружным планом MHP, включают следующее:

- услуги по охране и восстановлению психического здоровья;
- обеспечение лекарственными препаратами;
- интенсивное лечение в течение дня;
- реабилитация в дневное время;
- кризисное вмешательство
- стабилизация критических состояний
- услуги реабилитации взрослых в учреждении интернатного типа



- услуги реабилитации в кризисных ситуациях в учреждении интернатного типа
- услуги психиатрических учреждений
- услуги стационара в психиатрической больнице
- целевое ведение пациента;
- терапевтические поведенческие услуги;
- терапевтическая воспитание приемного ребенка;
- координирование интенсивного обслуживания
- интенсивные услуги на дому.
- повторная госпитализация по решению суда
- асертивное лечение в сообществе (assertive community treatment, ACT)
- судебно-экспертное асертивное лечение в сообществе (forensic assertive community treatment, FACT)
- координированная специализированная помощь (coordinated specialty care, CSC) при первом эпизоде психоза (first episode psychosis, FEP)
- услуги клуба
- расширенные услуги работников общественного здравоохранения (community health worker, CHW)

Услуги организованной системы доставки программы Drug Medi-Cal доступны вам через окружное агентство по охране психического здоровья, если вы соответствуете критериям для их получения.

- услуги по интенсивному амбулаторному лечению;
- перинатальное лечение с проживанием расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ;
- амбулаторное лечение;
- программа лечения наркозависимости;
- лекарственные препараты для лечения зависимости (также называется медикаментозным лечением);
- услуги раннего вмешательства (для участников младше 21 года)
- раннее периодическое обследование, диагностика и лечение (для участников в возрасте до 21 года)



Услуги организованной системы доставки программы Drug Medi-Cal включают:

- амбулаторное лечение;
- услуги по интенсивному амбулаторному лечению;
- лекарственные препараты для лечения зависимости (также называется медикаментозным лечением);
- услуги лечения с проживанием;
- управление процессом выхода из острой зависимости;
- программа лечения наркозависимости;
- помощь в реабилитации;
- Управление обслуживанием
- услуги раннего вмешательства (для участников младше 21 года)
- раннее периодическое обследование, диагностика и лечение (для участников в возрасте до 21 года)
- стационарное лечение

В дополнение к перечисленным выше услугам, у вас может быть доступ к услугам добровольной стационарной детоксикации, если вы соответствуете необходимым критериям.

Участники двойного плана с особыми потребностями (Dual Eligible Special Needs Plan, DSNP), которым требуются услуги по охране психического здоровья, включая как психиатрические услуги, так и услуги по лечению от злоупотребления психоактивными веществами, могут получить доступ к услугам либо через поставщика услуг по охране психического здоровья плана L.A. Care, плана Carelon Behavioral Health, либо через Департамент охраны психического здоровья округа Лос-Анджелес (Department of Mental Health, DMH), либо через Департамент здравоохранения, лечения от злоупотребления психоактивными веществами и профилактики и контроля (Department of Public Health, Substance Abuse and Prevention Control, DPH-SAPC) округа Лос-Анджелес. Система доставки, в рамках которой участники могут получить доступ к медицинской помощи, зависит от типа и тяжести симптомов и нарушений. Для доступа к услугам по охране психического здоровья направление от PCP не требуется, а доступ к услугам осуществляется по принципу «неверного пути нет» с несколькими точками отсчета. «Необходимая по медицинским показаниям» услуга или «медицинская необходимость» — это услуга, которая целесообразна и необходима для защиты жизни, профилактики серьезной болезни или серьезной инвалидности, либо для облегчения сильной боли.

Координация услуг по охране психического здоровья для членов D-SNP будет осуществляться планом L.A. Care, когда члены семьи по мере необходимости



получают доступ к услугам по охране психического здоровья через учреждения округа, и при необходимости подписывают соответствующие согласия. План L.A. Care и окружные органы следуют взаимно согласованной процедуре рассмотрения, чтобы способствовать своевременному разрешению клинических и административных споров.

Г. Льготы, не покрываемые нашим планом, программой Medicare или Medi-Cal

В данном разделе говорится о том, какие услуги исключены планом. Исключение означает, что мы не оплачиваем эти услуги. Программы Medicare и Medi-Cal также не будут их оплачивать.

Следующий перечень содержит некоторые услуги и предметы, которые не покрываются нами ни при каких обстоятельствах, а также некоторые исключения, применимые в определенных случаях.

Мы не станем оплачивать исключенные медицинские льготы, перечисленные в данном разделе (или где-либо еще в данном *справочнике участника*), за исключением тех случаев, когда они требуются в особых указанных обстоятельствах. Даже если вы получаете услуги в учреждении скорой помощи, план не будет оплачивать эти услуги. Если вы считаете, что мы должны оплатить не покрываемую услугу, вы можете подать апелляцию. См. **главу 9 справочника участника** для получения дополнительной информации.

В дополнение к исключениям или ограничениям, описанным в таблице льгот, нашим планом не покрываются следующие услуги и предметы:

- услуги, которые не считаются «целесообразными и необходимыми по медицинским показаниям» в соответствии со стандартами программ Medicare и Medi-Cal, если только эти услуги не перечислены нашим планом в списке покрываемых услуг;
- экспериментальные медицинские и хирургические методы лечения, предметы и препараты, если только они не оплачиваются программой Medicare, в рамках одобренного Medicare клинического научного исследования или нашим планом. См. **главу 3** данного *справочника участника* для получения более подробной информации о клинических научных исследованиях. Экспериментальное лечение и предметы — это вид услуг, которые не признаны медицинским сообществом в целом.
- Хирургическое лечение патологического ожирения, кроме тех случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям и оплачивается программой Medicare.
- Отдельная палата в больнице, кроме случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям.



- Услуги персональной медсестры.
- Предметы личного пользования в вашей палате в больнице или учреждении сестринского ухода, например, телефон или телевизор.
- Постоянное обслуживание медсестры на дому.
- Оплата, взимаемая вашими близкими родственниками или членами семьи.
- Произвольные или добровольные процедуры и услуги, направленные на совершенствование внешнего вида (включая похудение, стимулирование роста волос, улучшение сексуальных, спортивных или умственных способностей, косметические процедуры и борьбу со старением), за исключением случаев медицинской необходимости;
- Косметические операции или процедуры, за исключением случаев необходимости по причине несчастного случая или с целью исправления части тела, которая имеет неправильную форму. Однако мы оплатим восстановление груди после мастэктомии и процедуры для другой груди, чтобы обе груди были одинаковой формы и размера.
- Ортопедическая обувь, за исключением случаев, когда обувь является частью протеза ноги и включена в стоимость протеза, либо обувь предназначена для лица с синдромом диабетической стопы.
- Поддерживающее оборудование для стопы, за исключением ортопедической или лечебной обуви для лиц с синдромом диабетической стопы.
- радиальная кератотомия, операции по методике LASIK и другое лечение при плохом зрении;
- процедура реверсии стерилизации;
- натуропатические услуги (использование природных или нетрадиционных методов лечения);
- Услуги, предоставляемые ветеранам в учреждениях Министерства по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA). Однако если ветеран получает услуги экстренной медицинской помощи в больнице VA, и совместное покрытие VA превышает сумму совместного покрытия по нашему плану, мы возместим ветерану разницу. Вы продолжаете нести ответственность за свою долю в распределении затрат.
- Линзы для очков Routine Vision: обновления и улучшения, такие как прогрессивные линзы, покрытия, устойчивые к царапинам, другие покрытия и дополнения.



Глава 5. Приобретение амбулаторных препаратов

Введение

В этой главе объясняются правила приобретения амбулаторных препаратов. Это препараты, которые назначает ваш поставщик услуг, а вы получаете их в аптеке или заказываете по почте. К ним относятся препараты, которые покрываются частью D по программе Medicare и программой Medi-Cal. В **главе 6 справочника участника** содержится информация о том, что вы платите при приобретении препаратов. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного справочника участника.

Мы также покрываем следующие препараты, о которых не будет рассказываться в данной главе:

- **Препараты, покрываемые по программе Medicare часть А.** К ним относятся препараты, которые вы получаете во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода.
- **Препараты, покрываемые по программе Medicare часть В.** К ним относятся некоторые препараты для химиотерапии, некоторые инъекции препаратов, которые вы получаете при посещении врача или другого поставщика услуг, а также препараты, которые вы получаете в диализной клинике. Для получения дополнительной информации о препаратах, которые покрываются частью В программы Medicare, обратитесь к таблице льгот в **главе 4** данного *справочника участника*.
- В дополнение к части D программы Medicare и медицинскому покрытию ваши препараты могут покрываться программой Original Medicare, если вы находитесь в хосписе программы Medicare. Для получения более подробной информации, пожалуйста, обратитесь к **главе 5, раздел D**, которая называется «Если вы участвуете в хосписной программе, сертифицированной Medicare».



Правила покрытия планом амбулаторных препаратов

Как правило, мы покрываем ваши препараты при условии соблюдения вами правил, перечисленных в данном разделе.

Необходимо, чтобы поставщик услуг (врач, стоматолог или другое лицо, выписывающее препарат) выписал вам рецепт, и он должен быть действителен в соответствии с законами штата. Как правило, это лицо — ваш поставщик первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP). Также это может быть другой поставщик услуг, если ваш PCP направил вас к нему для получения медицинского обслуживания.

Лицо, выписывающее вам препарат **не** должно быть в списках исключенных или устраненных из программы Medicare поставщиков или любых аналогичных списках программы Medi-Cal.

Обычно для приобретения рецептурных препаратов вам нужно обращаться в сетевую аптеку. Подробнее см. **раздел A1**. Вы также можете получать рецептурные препараты через службу почтовой доставки плана.

Назначенный вам препарат должен входить в *перечень покрываемых препаратов* нашего плана. Сокращенное название перечня — «*список препаратов*». (См. **раздел В** этой главы.)

- В некоторых случаях мы делаем исключение и оплачиваем препараты, не указанные в *списке препаратов*.
- Для получения более подробной информации о запросе на предоставление исключения см. **главу 9**.
- Также обратите внимание, что запрос на покрытие выписанного вам препарата будет рассматриваться в соответствии со стандартами обеих программ, Medicare и Medi-Cal.

Ваш препарат должен использоваться по признанным медицинским показаниям. Это означает, что прием препарата либо одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA), либо подкреплён определенной справочной медицинской литературой. Лицо, выписывающее препарат, может помочь вам определить медицинские рецензии для обоснования запроса об использовании прописанного препарата.

Прежде чем мы покроем расходы на ваш препарат, вам может потребоваться его разрешение от нашего плана на основании определенных критериев. (См. **раздел С** этой главы.)



Содержание

A. Приобретение лекарственных препаратов по рецепту	187
A1. Приобретение рецептурных препаратов во входящей в сеть аптеке.....	187
A2. Предъявление карточки с идентификационным номером участника при приобретении рецептурных препаратов	187
A3. Что нужно делать, если вы хотите пользоваться услугами другой входящей в сеть аптеки	188
A4. Что делать, если ваша аптека покидает сеть	188
A5. Услуги специализированной аптеки	188
A6. Использование доставки по почте для получения препаратов.....	189
A7. Получение длительного запаса препаратов.....	191
A8. Использование аптеки, не входящей в сеть плана	192
A9. Возврат денежных средств за рецептурный препарат.....	193
B. Список препаратов нашего плана	193
B1. Препараты в нашем списке препаратов	193
B2. Как найти препарат в нашем списке препаратов	194
B3. Препараты, не перечисленные в нашем списке препаратов	195
B4. Перечень препаратов: уровни распределения затрат.....	196
C. Ограничения на некоторые препараты	197
D. Причины, по которым ваш препарат может не покрываться планом.....	200
D1. Получение временного запаса.....	200
D2. Запрос о получении временного запаса	202
E. Изменения, касающиеся покрытия препаратов.....	202



F. Покрытие препаратов в особых случаях.....	205
F1. Пребывание в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, которое покрывается нашим планом	205
F2. В учреждении длительного ухода	205
F3. Участие в хосписной программе, сертифицированной Medicare	206
G. Программы обеспечения безопасности и управления препаратами.....	206
G1. Программы, помогающие вам безопасно использовать препараты	206
G2. Программы, помогающие вам управлять своими препаратами	207
G3. Программа контроля приема препаратов, помогающая участникам безопасно принимать опиоидные лекарственные препараты (DMP)	208



А. Приобретение лекарственных препаратов по рецепту

А1. Приобретение рецептурных препаратов во входящей в сеть аптеке

В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные препараты только когда они приобретаются в одной из наших входящих в сеть аптек. Входящая в сеть аптека — это аптека, которая согласилась поставлять рецептурные препараты участникам нашего плана. Вы можете обратиться в любую из наших входящих в сеть аптек. (Информацию о том, когда мы покрываем расходы на рецептурные препараты, получаемые в аптеках, не входящих в нашу сеть, см. в **разделе А8**.)

Чтобы найти входящую в сеть аптеку, вы можете обратиться к *справочнику поставщиков услуг и аптек*, зайти на наш веб-сайт или связаться с отделом обслуживания участников.

А2. Предъявление карточки с идентификационным номером участника при приобретении рецептурных препаратов

Для приобретения препаратов по рецепту **предъявите идентификационную карточку** участника в сетевой аптеке. Входящая в сеть аптека выставит нам счет для оплаты нашей доли затрат за покрываемые планом препараты.

Помните, что вам понадобится карточка программы Medi-Cal или идентификационная карточка получателя льгот (Benefits Identification Card, BIC), чтобы получать препараты, покрываемые по программе Medi-Cal Rx.

Если при приобретении рецептурных препаратов у вас нет с собой идентификационной карточки участника или карточки BIC, попросите сотрудника аптеки позвонить нам для получения необходимой информации, или попросите аптеку найти информацию о вашей регистрации в плане.

Если аптеке не удалось получить необходимую информацию, возможно, вам придется оплатить полную стоимость рецептурного препарата при получении. Затем вы можете обратиться к нам с просьбой возместить вам нашу долю стоимости препарата. **Если вы не можете оплатить препарат, незамедлительно обратитесь в отдел обслуживания участников.** Мы сделаем все возможное, чтобы помочь вам.

- Для получения информации о том, как обратиться к нам с просьбой о возмещении затрат, см. **главу 7 справочника участника**.
- Если вам требуется помощь в приобретении рецептурных препаратов, вы можете обратиться в отдел обслуживания участников.



A3. Что нужно делать, если вы хотите пользоваться услугами другой входящей в сеть аптеки

Если вы меняете свою аптеку, и вам нужно пополнить запас рецептурных препаратов, вы можете либо попросить поставщика услуг выписать вам новый рецепт, либо попросить сотрудника своей аптеки передать все еще действующий рецепт в новую аптеку.

Если вам требуется помощь при смене входящей в сеть аптеки, вы можете обратиться в отдел обслуживания участников.

A4. Что делать, если ваша аптека покидает сеть

Если аптека, услугами которой вы пользуетесь, выходит из сети плана, вам нужно выбрать новую входящую в сеть аптеку.

Чтобы найти новую входящую в сеть аптеку, вы можете обратиться к *справочнику поставщиков услуг и аптек*, зайти на наш веб-сайт или связаться с отделом обслуживания участников.

A5. Услуги специализированной аптеки

В некоторых случаях приобретать рецептурные препараты необходимо в специализированной аптеке. К специализированным аптекам относятся следующие:

- Аптеки, поставляющие препараты для инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, поставляющие препараты для лиц, которые проживают в учреждениях долговременного ухода, например, в учреждениях сестринского ухода.
 - Как правило, в учреждениях долговременного ухода имеются собственные аптеки. Если вы проживаете в учреждении долговременного ухода, мы обязаны убедиться в том, что вы имеете возможность получать необходимые вам препараты в аптеке учреждения.
 - Если аптека вашего учреждения долговременного ухода не является частью нашей сети, или у вас какие-либо трудности с получением препаратов в вашем учреждении длительного ухода, обратитесь в отдел обслуживания участников.
- Аптеки поставщиков услуг для американских индейцев (Indian Health Care Provider, IHCP) Участники из числа американских индейцев и коренных жителей Аляски имеют доступ к аптекам, обслуживающим поставщиков медицинских услуг для американских индейцев (IHCP)



при условии наличия у них зарегистрированной розничной аптеки. Если вы не являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски, вы все равно можете получать услуги в розничной аптеке при ИНСР, если вас направили в клинику или для оказания экстренной помощи.

- Аптеки, которые отпускают лекарства, ограниченные Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) для продажи только в определенных местах или требующие особого обращения, координации с поставщиком услуг или обучения по их использованию. (Примечание: такие случаи должны иметь место только изредка.)
- Чтобы найти входящую в сеть аптеку, вы можете обратиться к *справочнику поставщиков услуг и аптек*, зайти на наш веб-сайт или связаться с отделом обслуживания участников.

А6. Использование доставки по почте для получения препаратов

Вы можете использовать службы доставки по почте, входящие в сеть плана, для приобретения препаратов определенных типов. Как правило, приобрести с доставкой по почте можно препараты, которые принимаются на регулярной основе при наличии хронических или продолжительных заболеваний.

Служба доставки по почте нашего плана позволяет вам заказывать как минимум 30-дневный запас и максимум — 100-дневный запас препарата. В отношении 10-дневного запаса действует та же доля в совместной оплате, что и в отношении месячного запаса.

Получение рецептурного препарата по почте

Чтобы получить бланки заказа и информацию о приобретении рецептурных препаратов по почте, зайдите на наш веб-сайт medicare.lacare.org или звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: **711**) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

Как правило, рецептурные препараты доставляются по почте в течение 14 дней. Но в некоторых случаях доставка по почте может занять дольше. Вы должны обратиться к своему врачу за рецептом кратковременного действия на время ожидания доставки препаратов, заказанных по почте.

Процесс заказа препаратов по почте

У службы доставки по почте есть разные процедуры для обработки новых заказов на рецептурные препараты, полученных от вас, для обработки новых заказов на рецептурные препараты, полученных напрямую от вашего поставщика услуг, а также для повторного пополнения рецептурных заказов по почте:



1. Новые рецепты, полученные от вас

Аптека автоматически пополнит и доставит вам новые препараты по рецептам, полученных от вас.

2. Новые рецепты, которые аптека получает непосредственно от вашего поставщика услуг

Аптека автоматически пополнит и доставит вам новые препараты по рецептам, полученных от поставщика медицинских услуг, без необходимости свериться с вами, если:

- Вы пользовались услугами почтовой доставки по нашему плану в прошлом, **или**
- Вы подписываетесь на автоматическую доставку всех препаратов по новым рецептам, которые вы получаете напрямую от поставщиков медицинских услуг. Вы можете запросить автоматическое пополнение всех препаратов по новым рецептам, сейчас или в любой момент, посетив наш веб-сайт по адресу medicare.lacare.org или связавшись со отделом обслуживания участников по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: **711**), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

Если вы автоматически получили по почте рецептурный препарат, который вам не нужен, и с вами не связались до отправки, чтобы узнать, нужен ли вам этот препарат, вы можете иметь право на возврат средств.

Если вы раньше заказывали лекарства по почте и не хотите, чтобы аптека автоматически пополняла и отправляла вам препараты по каждому новому рецепту, свяжитесь с нами, позвонив в отдел обслуживания участников по телефону **1-833-522-3767** (ТТУ: **711**). Мы работаем круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни.

Если вы никогда не пользовались нашей доставкой по почте и/или решили прекратить автоматическое пополнение препаратов по новым рецептам, аптека будет связываться с вами каждый раз при получении нового рецепта от поставщика медицинских услуг, чтобы выяснить, хотите ли вы, чтобы лекарство было заказано и отправлено немедленно.

- Это даст вам возможность удостовериться в том, что аптекаставляет вам нужный препарат (правильной дозировки, количества и лекарственной формы препарата), и, при необходимости, прекратить или отсрочить исполнение заказа до того, как вам выставят счет и отправят посылку.
- Важно, чтобы вы отвечали каждый раз, когда аптека связывается с вами, чтобы они знали, что делать с новым рецептом, и могли предотвратить задержки в доставке.



Чтобы отказаться от автоматической доставки препаратов по новым рецептам, которые вы получаете непосредственно в кабинете своего поставщика, свяжитесь с нами, позвонив в службу поддержки участников по телефону **1-833-522-3767** (TTY: **711**) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

3. Повторное пополнение рецептурных препаратов по почте

Для пополнения запасов препаратов у вас есть возможность подписаться на программу автоматического пополнения. В рамках этой программы мы автоматически приступим к обработке вашего следующего заказа ко времени истощения нынешнего запаса препарата.

- Аптека свяжется с вами перед каждой повторной отправкой, чтобы убедиться, что вы нуждаетесь в препарате, и вы можете отменить запланированный заказ, если у вас еще достаточно лекарства, или если вы принимаете другой препарат.
- Если вы решите не пользоваться нашей программой автоматического пополнения рецептурных препаратов, обратитесь в свою аптеку за 21 день до того, как имеющийся у вас запас препаратов будет израсходован, чтобы убедиться, что ваш следующий заказ будет доставлен вовремя.

Чтобы отказаться от автоматической доставки препаратов по рецептам, свяжитесь с нами, позвонив в отдел обслуживания участников по телефону **1-833-522-3767** (TTY: **711**) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.

Сообщите аптеке, как с вами лучше всего связаться, чтобы они могли подтвердить ваш заказ перед отправкой. Позвоните в службу поддержки участников программы L.A. Care Medicare Plus, чтобы сообщить нам, как с вами лучше связаться.

A7. Получение долговременного запаса препаратов

Вы можете приобрести долгосрочный запас поддерживающих препаратов из *списка препаратов* нашего плана. Поддерживающие препараты — это препараты, которые принимаются на регулярной основе при наличии хронических или продолжительных заболеваний.

Вы можете приобрести долгосрочный запас поддерживающих препаратов в некоторых входящих в сеть аптеках. В отношении 100-дневного запаса действует та же доля в совместной оплате, что и в отношении месячного запаса. Чтобы узнать, в каких аптеках вы можете приобрести долгосрочный запас поддерживающих препаратов, см. *справочник поставщиков услуг и аптек*. Для получения более подробной информации вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников.



При приобретении препаратов определенных типов вы можете воспользоваться службами доставки по почте, входящими в сеть плана, чтобы приобрести долгосрочный запас поддерживающих препаратов. Для получения информации о службах доставки по почте см. **раздел А6.**

А8. Использование аптеки, не входящей в сеть плана

Как правило, мы оплачиваем препараты, которые приобретаются в аптеке, не входящей в сеть, только в том случае, если вы не в состоянии воспользоваться аптекой, входящей в сеть. В таких случаях сначала обратитесь в отдел обслуживания участников для получения информации о расположенных поблизости входящих в сеть аптеках.

Мы оплачиваем рецептурные препараты, приобретенные в аптеке, не входящей в сеть, в следующих случаях:

- если препарат, покрываемый по части D, связан с экстренной медицинской ситуацией;
- если конкретного препарата, покрываемого по части D (например, препарата для лечения редкого заболевания или другого специализированного фармакологического препарата, обычно поставляемого непосредственно производителем или специальным поставщиком), обычно нет в наличии в доступной сети розничных аптек или аптек заказа препаратов по почте;
- если покрываемый по части D препарат отпускается аптекой на базе какого-либо учреждения, в то время как пациент находится в отделении скорой помощи, клинике поставщика услуг, учреждении амбулаторной хирургии или находится в других амбулаторных условиях;
- во время чрезвычайного положения, введенного на федеральном уровне, или в чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, при которых участник эвакуирован или иным способом перемещен за пределы своего места жительства;
- в экстренных ситуациях, когда участник не способен воспользоваться входящей в сеть аптекой, мы единожды оплатим 30-дневный запас непатентованных препаратов. Мы единожды оплатим 30-дневный запас патентованных препаратов. В таких случаях сначала обратитесь в отдел обслуживания участников для получения информации о расположенных поблизости входящих в сеть аптеках.



A9. Возврат денежных средств за рецептурный препарат

Если вам требуется воспользоваться услугами аптеки, не входящей в сеть, то обычно вы должны будете заплатить полную стоимость вместо доли в совместной оплате. Вы можете обратиться к нам за возмещением нашей доли затрат. Вы, возможно, должны будете оплатить разницу между тем, что вы заплатили за препарат в аптеке, не входящей в нашу сеть, и суммой, которую мы бы заплатили аптеке, входящей в нашу сеть.

Если вы оплатите полную стоимость рецептурного препарата, которая может покрываться программой Medi-Cal Rx, аптека может возместить вам эти средства после того, как программа Medi-Cal Rx заплатит им за препарат. В качестве альтернативы вы можете обратиться в программу Medi-Cal Rx с просьбой возместить вам расходы, подав заявку на возмещение расходов «Medi-Cal о возмещении расходов их собственных средств (Medi-Cal Out-of-pocket Expense Reimbursement) (Conlan)». Более подробную информацию можно найти на вебсайте программы Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Для получения более подробной информации об апелляциях см. **главу 7** данного справочника участника.

В. Список препаратов нашего плана

У нас есть *перечень покрываемых препаратов*. Сокращенное название перечня — «*список препаратов*».

Препараты, вошедшие в *список препаратов*, выбраны нами при помощи группы врачей и фармацевтов. В *списке препаратов* также содержится информация об определенных правилах, которые нужно соблюдать при приобретении препаратов.

Обычно мы покрываем препараты из *списка препаратов* нашего плана при условии, что вы соблюдаете правила, указанные в данной главе.

В1. Препараты в нашем *списке препаратов*

Наш *список препаратов* включает препараты, покрываемые частью D программы Medicare.

Большинство препаратов, которые вы приобретаете в аптеке, покрываются вашим планом. Другие препараты, например, безрецептурные лекарственные препараты (over-the-counter, OTC) или определенные витамины, возможно, оплачивает программа Medi-Cal Rx. Подробнее об этом можно узнать на веб-сайте программы Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Также вы можете



позвонить в центр обслуживания клиентов программы Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. Пожалуйста, принесите с собой карточку получателя льгот программы Medi-Cal (BIC), когда вы получаете рецептурные препараты по программе Medi-Cal Rx.

В *список препаратов* входят как патентованные и непатентованные препараты, так и биологические препараты (которые могут включать биоаналоги).

Патентованный препарат — это рецептурный препарат, который продается под торговой маркой, принадлежащей производителю препарата. Биологические продукты — это препараты, которые являются более сложными, чем обычные лекарства. Когда мы упоминаем «препарат» в нашем *списке препаратов*, это может быть препарат или биологический продукт.

Непатентованные препараты содержат те же активные вещества, что и патентованные препараты. У биологических продуктов есть альтернативы, которые называются биоаналогами. В большинстве случаев непатентованные препараты и биоаналоги действуют так же эффективно, как и патентованные лекарственные препараты или исходные биологические продукты, и обычно меньше стоят. Непатентованные заменители препаратов существуют для многих патентованных препаратов, и альтернативные биоаналоги — для некоторых исходных биологических продуктов. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены исходным биологическим продуктом в аптеке без необходимости получения нового рецепта, точно так же, как непатентованные препараты могут быть заменены фирменными препаратами.

Определения типов препаратов, которые могут быть включены в *список препаратов*, см. в **главе 12**.

Наш план также покрывает определенные ОТС препараты и продукты. Стоимость некоторых препаратов ОТС ниже стоимости рецептурных препаратов, но при этом они действуют так же эффективно. Чтобы получить более подробную информацию, звоните в отдел обслуживания участников.

В2. Как найти препарат в нашем *списке препаратов*

Чтобы узнать, входит ли препарат, который вы принимаете, в *список препаратов*, вы можете выполнить следующее:

- Посетить наш веб-сайт medicare.lacare.org. На веб-сайте всегда представлена последняя версия *списка препаратов*.
- Обратиться в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, входит ли препарат в список препаратов плана, или попросить выслать вам копию.



- Препараты, не покрываемые частью D, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Подробнее об этом можно узнать на веб-сайте программы Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).
- Воспользуйтесь нашим «Инструментом получения информации о льготах в реальном времени (Real Time Benefit Tool)» на странице medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search для поиска лекарств в *списке препаратов*, чтобы узнать примерную стоимость и узнать, есть ли в *списке* альтернативные препараты, которые могут помочь при том же заболевании. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников.

В3. Препараты, не перечисленные в нашем *списке препаратов*

Мы не покрываем все препараты.

- Некоторые препараты не входят в *список препаратов*, поскольку законодательство не позволяет нам покрывать такие препараты.
- В других случаях сами мы принимаем решение не вносить препарат в *список препаратов*.
- В некоторых случаях вы можете получить лекарство, которого нет в нашем *списке препаратов*. Подробнее см. в **главе 9**.

Наш план не покрывает расходы на те виды препаратов, которые описаны в этом разделе. Такие препараты называются **исключенными препаратами**. Если вам выписали исключенный препарат, вы должны оплачивать его сами. Если вы полагаете, что мы должны оплачивать исключенный препарат в связи с вашими обстоятельствами, вы можете подать апелляцию. См. **главу 9 справочника участника** для получения информации об апелляциях.

Ниже приведены три основных правила в отношении исключенных препаратов:

1. В страховое покрытие амбулаторных препаратов в рамках нашего плана (включая часть D Medicare) не входят препараты, которые уже покрываются частью A или частью B программы Medicare. Наш план покрывает лекарства, покрываемые по программе Medicare часть A или Medicare часть B, бесплатно, но эти препараты не считаются частью ваших амбулаторных льгот на препараты.
2. Покрытие нашего плана не распространяется на препараты, приобретенные за пределами Соединенных Штатов и принадлежащих США территорий.



3. Использование препарата должно быть либо одобрено FDA, либо подкреплено определенной справочной литературой, в которой такой препарат приводится в качестве средства для лечения вашего заболевания. Ваш врач или другой поставщик услуг может назначить определенный препарат для лечения вашего заболевания даже в том случае, если такое применение препарата не было одобрено. Это называется использованием по неутвержденным показаниям. Как правило, наш план не покрывает препараты, если они выписаны для использования по неутвержденным показаниям.

Кроме того, согласно законодательству, следующие группы препаратов не покрываются программами Medicare и Medi-Cal:

- препараты, которые используются для повышения фертильности;
- препараты, используемые для облегчения симптомов кашля или простуды*
- препараты, которые используются в косметических целях или для стимулирования роста волос;
- Витамины и минеральные продукты, отпускаемые по рецепту, за исключением витаминов для беременных и фторида*
- Препараты, используемые для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Препараты, используемые для лечения анорексии, потери или увеличения веса*
- Амбулаторные препараты, компания-производитель которых заявляет, что вам необходимо проходить обследования или использовать услуги, предоставляемые только этой компанией.

*Некоторые товары могут покрываться программой Medi-Cal.

Подробнее об этом можно узнать на веб-сайте программы Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

В4. Перечень препаратов: уровни распределения затрат

Каждый препарат из нашего *списка препаратов* относится к одному из 5 (пяти) уровней. Уровень — это группа препаратов преимущественно одного типа (например, патентованные препараты, непатентованные препараты, ОТС препараты). Как правило, чем выше класс, тем дороже препарат.

- Препараты уровня 1 — это предпочтительные непатентованные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Доплата \$0.



- Препараты уровня 2 — это непатентованные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Распределение затрат составляет от 0 до \$12.65 или 25%. Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.
- Препараты уровня 3 — это предпочтительные патентованные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Распределение затрат составляет от 0 до \$12.65 или 25%. Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.
- Препараты уровня 4 — это непредпочтительные патентованные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Распределение затрат составляет от 0 до \$12.65 или 25%. Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.
- Препараты уровня 5 — это специализированные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Распределение затрат составляет от 0 до \$12.65 или 25%. Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.

Чтобы узнать о том, к какому уровню в распределении затрат относится ваш препарат, вам нужно найти его в нашем *списке препаратов*.

В главе 6 справочника участника содержится информация о том, что вы платите при приобретении препаратов каждого уровня.

С. Ограничения на некоторые препараты

В отношении определенных препаратов установлены особые правила, которые ограничивают способы и условия покрытия таких препаратов нашим планом. В большинстве случаев наши правила предназначены для того, чтобы вы выбрали препарат, который подходит для лечения вашего заболевания и при этом является безопасным и эффективным. Если безопасный и более дешевый препарат является таким же эффективным, как и более дорогой, мы ожидаем, что ваш поставщик услуг назначит вам более дешевый вариант.

Обратите внимание, что иногда один и тот же препарат может встречаться в нашем *списке препаратов* несколько раз. Это связано с тем, что одни и те же препараты могут различаться по силе действия, дозировке или форме,



назначенной вашим врачом, а к разным формам выпуска могут применяться разные ограничения (например, 10 мг или 100 мг; одна таблетка в день или две; в таблетках или в жидкости).

Если в отношении вашего препарата действует особое правило, то обычно это означает, что вам или вашему поставщику нужно будет предпринять дополнительные действия, чтобы мы покрыли такой препарат. К примеру, сначала ваш поставщик должен сообщить нам ваш диагноз или предоставить результаты анализов крови. Если вы или ваш поставщик услуг полагаете, что наше правило не должно распространяться на вашу ситуацию, вам следует обратиться к нам с просьбой прибегнуть к процессу вынесения решения о страховом покрытии для того, чтобы сделать исключение. Мы можем разрешить или не разрешить вам использовать препарат без дополнительных мер.

Для получения более подробной информации о запросе об исключении см. **главу 9 справочника участника.**

1. Существует ограничение на использование патентованных препаратов или исходных биологических продуктов при наличии непатентованных препаратов или взаимозаменяемой биоаналогичной версии.

В большинстве случаев непатентованные препараты или взаимозаменяемые биоаналоги действуют так же эффективно, как и патентованные лекарственные препараты или исходные биологические продукты, и обычно меньше стоят. Как правило, при наличии непатентованной версии или взаимозаменяемой биоаналогичной версии вместо патентованного препарата или исходного биологического продукта наши входящие в сеть аптеки будут выдавать вам непатентованную или взаимозаменяемую биоаналогичную версию.

- Обычно мы не оплачиваем патентованный препарат или исходный биологический продукт, когда есть их непатентованная версия.
- Однако, если ваш поставщик сообщил нам о медицинских основаниях, по которым ни непатентованный, ни взаимозаменяемая биоаналогичная версия, ни другой покрываемый препарат для лечения того же заболевания вам не подходит, то мы оплатим патентованный препарат.
- Ваша доля в совместной оплате может быть выше за патентованный препарат или исходный биологический продукт, чем за непатентованный препарат или взаимозаменяемый биоаналог.



2 Получение предварительного разрешения плана

Для получения некоторых препаратов вам или лицу, выписывающему препарат, следует получить предварительное разрешение нашего плана. Это называется предварительным разрешением. Это делается для обеспечения безопасности при использовании лекарственных средств и содействия правильному применению определенных препаратов. Если вы не получите разрешение, мы можем не покрыть услуги. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы, или зайдите на наш веб-сайт medicare.lacare.org для получения дополнительной информации о предварительном разрешении.

3. Необходимость сначала испробовать другой лекарственный препарат

В большинстве случаев мы хотим, чтобы вы попробовали принимать менее дорогостоящие препараты (которые часто оказываются такими же эффективными), прежде чем мы покроем стоимость более дорогих препаратов. К примеру, если препарат А и препарат В используются для лечения одного и того же заболевания, а стоимость препарата А ниже стоимости препарата В, мы можем потребовать, чтобы сначала вы попробовали принимать препарат А.

Если препарат А вам **не** подойдет, мы покроем препарат В. Это называется поэтапной терапией. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы, или зайдите на наш веб-сайт medicare.lacare.org для получения дополнительной информации о предварительном разрешении.

4. Количественные ограничения

Мы ограничиваем количество определенных препаратов, которое вы можете получить. Это называется ограничением количества. Например, если обычно считается безопасным принимать только одну таблетку определенного препарата в день, мы можем ограничить количество препарата, которое вы можете получить при каждом пополнении рецепта.

Проверьте *список препаратов*, чтобы узнать, распространяются ли какие-либо из приведенных выше правил на препарат, который вы принимаете или хотите принимать. Для получения актуальной информации звоните в отдел обслуживания участников или посетите наш веб-сайт medicare.lacare.org. Если вы не согласны с нашим решением о предоставлении страхового покрытия по любой из вышеуказанных причин, вы можете подать апелляцию. См. **главу 9 справочника участника**.



D. Причины, по которым ваш препарат может не покрываться планом

Мы стараемся сделать так, чтобы ваше страховое покрытие препаратов соответствовало вашим потребностям, но в некоторых случаях препараты могут не покрываться так, как вам бы хотелось. Например:

- Ваш план не покрывает лекарство, которое вы хотите принимать. Препарат может не входить в наш *список препаратов*. Иногда только непатентованная версия препарата покрывается, а патентованная версия, которую вы хотите принимать, — нет. Препарат может быть новым, и мы еще не проверили его на предмет эффективности и безопасности.
- Препарат покрывается нашим планом, но в отношении его покрытия существуют особые правила или ограничения. Как было изложено в предыдущем разделе, в отношении некоторых препаратов, покрываемых нашим планом, действуют правила, ограничивающие их применение. В некоторых случаях вы или лицо, выписывающее вам препарат, можете обратиться к нам с просьбой сделать исключение из такого правила.
- Стоимость препарата покрывается страхованием, но на другом уровне распределения затрат, в результате чего стоимость препарата оказывается выше, чем вы думали.

Если мы не покрываем стоимость препарата так, как вам хотелось бы, вы можете предпринять определенные шаги.

D1. Получение временного запаса

В некоторых случаях мы можем предоставить вам временный запас препарата, если он не входит в *список препаратов* или если в отношении такого препарата действуют те или иные ограничения. Это даст вам время, необходимое для консультации со своим поставщиком услуг об использовании другого препарата или чтобы обратиться к нам с просьбой о покрытии данного препарата.

Для получения временного запаса лекарственного препарата вы должны соответствовать двум правилам, приведенным ниже:

1. Препарат, который вы принимали...
 - больше не входит в наш список препаратов, **или**
 - никогда не входил в наш список препаратов, **или**
 - в настоящее время в отношении такого препарата действуют те или иные ограничения.



2 Вы должны находиться в одной из следующих ситуаций:

- Вы были участником плана в прошлом году.
 - Мы оплатим временный запас вашего препарата **в течение первых 90 дней календарного года.**
 - Временный запас предоставляется на срок до 30 дней.
 - Если в рецепте указан запас лекарственного препарата на меньший срок, мы позволим несколько раз пополнять запас препарата в течение указанного 30-дневного периода. Вы должны приобретать рецептурные препараты во входящей в сеть аптеке.
 - Аптеки длительного ухода могут предоставлять вам рецептурный препарат в небольших количествах единоразово, чтобы предотвратить растрату.
- Вы являетесь новым участником нашего плана.
 - Мы оплатим временный запас вашего препарата **в течение первых 90 дней вашего участия в плане.**
 - Временный запас предоставляется на срок до 30 дней.
 - Если в рецепте указан запас лекарственного препарата на меньший срок, мы позволим несколько раз пополнять запас препарата в течение указанного 30-дневного периода. Вы должны приобретать рецептурные препараты во входящей в сеть аптеке.
 - Аптеки длительного ухода могут предоставлять вам рецептурный препарат в небольших количествах единоразово, чтобы предотвратить растрату.
- Если вы являетесь участником плана более 90 дней, проживаете в учреждении долгосрочного ухода и вам необходимо в кратчайшие сроки получить запас лекарственного препарата.
 - Один раз мы оплатим запас препарата на 31 день или на меньший период, указанный в рецепте. Это в дополнение к временному запасу, упомянутому выше.
 - Вы можете заметить изменения в уровне получаемого вами медицинского обслуживания и/или вам может потребоваться перевод из одного учреждения или медицинского центра в другое учреждение или центр. Исключения (особые случаи) могут распространяться на вас в том случае, если вы замечаете изменения



в уровне получаемого медицинского обслуживания. Если вы заметите изменения в уровне получаемого вами медицинского обслуживания, план L.A. Care Medicare Plus оплатит временный запас препарата на 30-дневный срок или на меньший период, указанный в рецепте.

D2. Запрос о получении временного запаса

Чтобы попросить о предоставлении временного запаса препарата, позвоните в отдел обслуживания участников.

При получении временного запаса препарата вам нужно обратиться к своему поставщику как можно скорее, чтобы решить, что нужно делать, когда запас препарата закончится. Вот что вы можете сделать:

- Заменить этот препарат другим.

План может покрывать другие препараты, которые вам подойдут. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы попросить перечень покрываемых препаратов, которые используются для лечения этого же заболевания. Перечень может помочь вашему поставщику услуг подобрать покрываемый препарат, который вам подойдет.

ИЛИ

- Подать запрос на предоставление исключения.

Вы и ваш поставщик услуг можете подать запрос на предоставление исключения. Например, вы можете попросить нас покрыть лекарство, которого нет в нашем *списке препаратов*, или попросить нас покрыть препарат без ограничений. Если ваш поставщик скажет, что у вас есть медицинские показания, чтобы для вас было сделано исключение, он может помочь вам подать запрос.

E. Изменения, касающиеся покрытия препаратов

Большинство изменений в покрытии препаратов вступают в действие с 1 января, однако в течение года мы можем добавить препарат в *список препаратов* или удалить его. Кроме того, мы можем вносить изменения в наши правила о препаратах. Например, мы можем:

- решить, требуется ли предварительное разрешение (prior approval, PA) на получение препарата (до того, как вы его получили).
- увеличить и поменять количество препарата, которое вы можете получать (так называемое ограничение количества).



- Добавить или изменить ограничения по поэтапной терапии в отношении препарата (вы должны попробовать один препарат, прежде чем мы покроем расходы на другой препарат).
- Заменить исходный биологический продукт взаимозаменяемой биоаналогичной версией этого биологического продукта.

Прежде чем вносить изменения в *список препаратов нашего плана*, мы обязаны соблюдать требования Medicare. Подробнее об этих правилах в отношении препаратов см. в **разделе С**.

Если вы принимаете препарат, который входил в перечень покрываемых **в начале** года, мы, как правило, не будем изменять или отменять покрытие данного препарата **до конца года**, за исключением следующих случаев:

- на рынке появился новый более дешевый препарат, не менее эффективный, чем препарат из перечня препаратов, **или**
- мы узнали о том, что препарат небезопасен, **или**
- препарат был снят с продажи.

Что произойдет, если изменится страховое покрытие препарата, который вы принимаете?

Чтобы получить подробную информацию о том, что произойдет, если *список препаратов* изменится, вы всегда можете:

- Свериться с нашим текущим *списком препаратов* на веб-сайте medicare.lacare.org **или**
- Позвонить в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы, чтобы проверить действующий *список препаратов*.

Вносимые нами изменения в *список препаратов*, которые могут повлиять на вас в течение текущего года действия плана

Некоторые изменения вносятся в *список препаратов* немедленно. Например:

Появляется новый непатентованный препарат. Иногда на рынке появляется новый непатентованный препарат или биоаналог, не менее эффективный, чем патентованный препарат или исходный биологический продукт из *списка препаратов*. В этом случае мы можем удалить патентованный препарат и добавить новый непатентованный, однако ваши расходы на новый препарат останутся такими же или снизятся. Когда мы добавляем в перечень новый непатентованный препарат, мы также можем сохранить в нем патентованный, изменив правила или ограничения его покрытия.



- Мы можем не сообщать вам об изменениях заранее, но после внесения изменений мы отправим вам подробную информацию о данных изменениях.
- Вы или ваш поставщик услуг можете попросить, чтобы мы сделали для вас исключение при внесении подобных изменений. В уведомлении будет указано, как это сделать. См. **главу 9** данного справочника для получения подробной информации об исключениях.

Изъятие из обращения небезопасных лекарственных препаратов и других препаратов, снятых с продажи. Иногда препарат может быть признан небезопасным или снят с продажи по другой причине. В этом случае мы можем немедленно исключить его из *списка препаратов*. Если вы принимаете этот препарат, вы получите уведомление после внесения изменений. Если вы получите такое письмо, пожалуйста, обратитесь к вашему врачу, чтобы найти безопасную замену препарату.

Мы можем вносить другие изменения, которые влияют на принимаемые вами препараты. Мы заранее сообщим вам об этих изменениях в нашем *списке препаратов*. Данные изменения могут быть внесены, если:

- FDA предоставит новые рекомендации или если появятся новые клинические указания о применении препарата.

Когда произойдут данные изменения, мы:

- сообщим вам об изменениях в *перечне препаратов* как минимум за 30 дней, **или**
- сообщим вам об изменениях и предоставим 30-дневный запас препарата, когда вы будете пополнять запас препарата.

Это даст вам достаточно времени, чтобы поговорить с вашим врачом или другим лицом, выписавшим препарат. Они могут помочь вам решить:

- есть ли подобный препарат в нашем *списке препаратов*, который вы сможете принимать вместо замененного, **или**
- следует ли вам попросить об исключении, чтобы мы продолжили покрытие препарата или версии препарата, которую вы принимаете. Для получения более подробной информации о запросе об исключении см. **главу 9** справочника участника.



Вносимые нами изменения в список препаратов, которые не повлияют на вас в течение текущего года действия плана

Мы можем вносить и другие изменения, касающиеся принимаемых вами препаратов, которые не упомянуты выше и сейчас на вас не повлияют. В случае таких изменений, если вы принимаете препарат, стоимость которого покрывалась планом в **начале** года, мы, как правило, не отменяем и не изменяем покрытие стоимости такого препарата **до конца текущего года**.

Например, если мы изъяли препарат, который вы принимаете, повысили вашу плату за него или ограничили его применение, то данное изменение не коснется вашего препарата до конца года.

Если какие-либо из этих изменений произойдут с принимаемым вами препаратом (за исключением изменений, указанных в разделе выше), эти изменения не повлияют на его использование до 1 января следующего года.

Мы не будем напрямую сообщать вам об этих типах изменений в текущем году. Вам необходимо будет проверить *список препаратов* плана на следующий год (когда список станет доступен в период открытой регистрации), чтобы узнать, есть ли какие-либо изменения, которые повлияют на вас в следующем году.

F. Покрытие препаратов в особых случаях

F1. Пребывание в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, которое покрывается нашим планом

Если вы находитесь в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода в рамках пребывания, которое покрывается нашим планом, то в большинстве случаев мы покрываем стоимость ваших рецептурных препаратов во время вашего пребывания. Вы не обязаны платить свою долю в совместной оплате. После выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода мы будем покрывать ваши препараты в том случае, если они соответствуют всем правилам предоставления страхового покрытия.

Более подробно о покрытии препаратов и их стоимости для вас см. **главу 6** данного справочника участника.

F2. В учреждении долговременного ухода

Как правило, в учреждениях долговременного ухода, таких как учреждения сестринского ухода, есть собственная аптека или аптеки, поставляющие препараты проживающим в учреждении лицам. Если вы проживаете в учреждении долговременного ухода, вы можете приобретать рецептурные препараты в аптеке вашего учреждения, если она входит в нашу сеть.



Обратитесь к *справочнику поставщиков услуг и аптек*, чтобы узнать, является ли аптека вашего учреждения долговременного ухода частью нашей сети. Если нет, или если вам нужна дополнительная информация, обратитесь в отдел обслуживания участников.

ФЗ. Участие в хосписной программе, сертифицированной Medicare

Стоимость препаратов никогда не покрывается одновременно и хосписом, и нашим планом.

- Вы можете быть зарегистрированы в хосписе программы Medicare и нуждаться в определенных лекарствах, например, обезболивающих, противорвотных, слабительных или успокаивающих препаратах, которые не покрываются вашим хосписом, поскольку они не связаны с вашим смертельным диагнозом и заболеванием. В этом случае наш план должен получить уведомление от лица, выписывающего препарат, или поставщика услуг хосписа о том, что препарат не имеет отношения к вашему диагнозу, прежде чем мы сможем покрыть его стоимость.
- Во избежание задержек в получении любых препаратов, не имеющих отношения к вашему заболеванию и покрываемых нашим планом, вы можете попросить вашего поставщика услуг хосписа или лицо, выписавшее препарат, убедиться, что уведомление о том, что препарат не имеет отношения к вашему заболеванию, было получено нами до того, как вы попросите аптеку пополнить этот препарат по рецепту.

Если вы покидаете хоспис, наш план покроет все ваши препараты. Чтобы избежать задержек с получением лекарств в аптеке по окончании срока действия ваших хосписных льгот в рамках Medicare, отнесите в аптеку документы, подтверждающие, что вы покинули хоспис.

Обратитесь к предыдущим частям этой главы, в которых рассказывается о препаратах, которые покрывает наш план. См. **главу 4 справочника участника** для получения информации о хосписных льготах.

Г. Программы обеспечения безопасности и управления препаратами

Г1. Программы, помогающие вам безопасно использовать препараты

Каждый раз, когда вы пополняете рецептурные препараты, мы обращаем внимание на возможные проблемы, например ошибки в выдаче препаратов или препаратов, которые:



- могут вам быть не нужны, поскольку вы принимаете другой препарат аналогичного действия;
- могут оказаться для вас небезопасными в связи с вашим возрастом или полом;
- могут навредить вам, если вы принимаете их одновременно;
- содержат ингредиенты, на которые у вас есть или может быть аллергия;
- могут быть выписаны в ошибочном количестве (дозировке);
- содержат небезопасную долю опиоидных болеутоляющих лекарственных препаратов.

В случае обнаружения возможных проблем, связанных с использованием вами рецептурных препаратов, мы свяжемся с вашим поставщиком услуг для их устранения.

G2. Программы, помогающие вам управлять своими препаратами

В нашем плане предусмотрена программа помощи участникам со сложными медицинскими потребностями. В таких случаях вы можете иметь право на бесплатное получение услуг по программе управления медикаментозным лечением (Medication Therapy Management, MTM). Участие в программе добровольное и бесплатное. Эта программа помогает вам и вашему поставщику услуг убедиться, что принимаемые вами препараты помогают вам поправить здоровье. Если вы подходите по критериям на участие в программе, фармацевт или другой медицинский работник предоставит вам полный обзор всех принимаемых вами препаратов и проведет с вами беседу по следующим вопросам:

- как получить максимальную пользу от принимаемого препарата;
- любые волнующие вас вопросы, например, стоимость препаратов и реакция на препараты;
- как лучше всего принимать ваши препараты;
- любые имеющиеся у вас вопросы или проблемы, связанные с рецептурными и безрецептурными препаратами.

Затем, вам выдадут:

- краткий отчет о вашей беседе в письменном виде. В нем будет также изложен план действий в отношении приема препаратов с рекомендациями о том, что вы можете сделать для извлечения максимальной пользы от их применения.



- составленный лично для вас список, включающий все принимаемые вами лекарства, их дозировку, а также время и причину приема.
- информацию о безопасной утилизации рецептурных лекарственных препаратов, которые являются контролируруемыми веществами.

Вам стоит поговорить с врачом о вашем плане действий и обсудить список препаратов.

- Имейте при себе план действий и список препаратов во время посещения врача или когда вы разговариваете с врачами, фармацевтами и другими поставщиками медицинских услуг.
- Берите список лекарств с собой при обращении в больницу или в отделение неотложной помощи.

Программы МТМ являются добровольными и бесплатными для участников, соответствующих критериям. Если у нас есть программы, соответствующие вашим потребностям, мы регистрируем вас в таких программах и отправим вам соответствующую информацию. Если вы не хотите участвовать в программе, сообщите нам об этом, и мы исключим вас из нее.

Если у вас есть какие-либо вопросы об этих программах, обратитесь в отдел обслуживания участников.

Г3. Программа контроля приема препаратов, помогающая участникам безопасно принимать опиоидные лекарственные препараты (DMP)

У нас есть программа, которая помогает участникам безопасно использовать отпускаемые по рецепту опиоиды и другие препараты, которыми часто злоупотребляют. Данная программа называется программой контроля приема препаратов (Drug Management Program, DMP).

Если вы используете опиоидные лекарственные препараты, выписанные вам несколькими врачами или аптеками, или у вас недавно был случай опиоидной передозировки, мы можем поговорить с выписавшими рецепт лицами, чтобы убедиться, что вы используете лекарственные препараты по назначению и по медицинским показаниям. Если, сотрудничая с выписавшими вам рецепты лицами, мы придем к выводу, что ваше применение опиоидных или бензодиазепиновых препаратов небезопасно, мы можем ограничить получение вами данных лекарственных препаратов. Если мы зачислим вас в программу DMP, наложенные ограничения могут быть следующими:

- Мы можем требовать, чтобы вы пополняли данные рецепты в определенной аптеке.



- Мы можем требовать, чтобы вы получали все ваши рецепты на опиоидные или бензодиазепиновые препараты у определенного лица, выписывающего препарат.
- Мы можем накладывать количественное ограничение на покрываемые нами опиоидные или бензодиазепиновые препараты.

Если мы планируем ограничить способ получения вами этих лекарств или их количество, мы отправим вам письмо заранее. В письме будет указано, ограничим ли мы покрытие этих препаратов для вас или вам потребуется получать рецепты на эти препараты только у определенного поставщика или в определенной аптеке.

У вас будет возможность сообщить нам, у какого лица, выписывающего рецепт, или в какой аптеке вы предпочитаете получать обслуживание, а также любую другую информацию, которую по вашему мнению нам важно знать. Если мы решим ограничить покрытие этих лекарственных препаратов после того, как у вас будет возможность ответить, мы отправим вам еще одно письмо, подтверждающее ограничения.

Если вы считаете, что мы сделали ошибку, если вы не согласны с нашим решением или с ограничением, вы или выписавшее вам препарат лицо сможете подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы рассмотрим ваше дело и вынесем по нему решение. Если мы продолжим отклонять любую часть вашей апелляции, связанной с ограничениями вашего доступа к этим лекарственным препаратам, мы автоматически отправим ваше дело в Независимая организация по пересмотру (Independent Review Organization, IRO). Для получения более подробной информации об апелляциях и IRO, см. **главу 9** данного справочника участника.

Программа DMP может не распространяться на вас, если:

- у вас есть определенные заболевания, например, онкологическое заболевание или серповидно-клеточная анемия,
- вы получаете хосписную, паллиативную помощь, или уход последних дней жизни **или**
- вы находитесь в учреждении длительного ухода.



Глава 6. Сколько вы платите за рецептурные препараты по программам Medicare и Medi-Cal

Введение

В данной главе поясняется, сколько вы платите за амбулаторные рецептурные препараты в нашем плане. Под «препаратами» мы подразумеваем:

- препараты по части D программы Medicare **и**
- препараты и товары, покрываемые по программе Medi-Cal Rx, **и**
- препараты и товары, покрываемые планом в качестве дополнительных льгот.

Так как у вас есть право на участие в программе Medi-Cal, у вас есть право на участие в программе предоставления дополнительной помощи от Medicare для оплаты рецептурных препаратов части D программы Medicare. Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием «Дополнение к страховому покрытию для лиц, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов» (также известное как «Дополнение к субсидированию для лиц с низким доходом» (Low Income Subsidy Rider, LIS), в котором рассказывается о вашем покрытии расходов на лекарства. Если вы не получили этого вкладыша, позвоните в отдел обслуживания участников и попросите прислать вам «LIS Rider».

Программа предоставления дополнительной помощи — это программа Medicare, предоставляющая людям с ограниченным доходом и ресурсами помощь в оплате рецептурных препаратов по части D программы Medicare, например при оплате страховых взносов, франшиз и доли в совместной оплате. Программа предоставления дополнительной помощи также называется «субсидией для лиц с низким уровнем доходов» (LIS).

Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного *справочника участника*.



Для получения более подробной информации о препаратах вы можете ознакомиться со следующими материалами:

- Наш *перечень покрываемых препаратов*
 - Он также называется «*списком препаратов*». В нем содержится следующая информация:
 - какие препараты мы оплачиваем;
 - К какому из 5 уровней совместного покрытия затрат относится каждый лекарственный препарат
 - распространяются ли какие-либо ограничения на препараты.
 - Если вам нужен экземпляр *списка препаратов*, позвоните в отдел обслуживания участников. Вы также можете найти самую последнюю версию нашего *списка препаратов* на нашем веб-сайте medicare.lacare.org.
 - Большинство препаратов, которые вы приобретаете в аптеке, покрываются планом L.A. Care Medicare Plus. Другие препараты, например, безрецептурные лекарственные препараты (over-the-counter, OTC) или определенные витамины, возможно, оплачивает программа Medi-Cal Rx. Подробнее об этом можно узнать на веб-сайте программы Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Также вы можете позвонить в центр обслуживания клиентов программы Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептурных препаратов по программе Medi-Cal Rx необходимо предъявлять идентификационную карточку получателя льгот (Beneficiary Identification Card, BIC) программы Medi-Cal.
- **Глава 5** данного *справочника участника*.
 - Здесь объясняется как получить амбулаторные препараты в рамках нашего плана.
 - Тут же приведены правила, которые вам необходимо соблюдать. Также в главе описаны типы рецептурных препаратов, не покрываемых нашим планом.
 - Когда вы используете «Инструмент льгот в режиме реального времени» плана для поиска информации о страховом покрытии препаратов (см. **главу 5, раздел B2**), показанная стоимость отражает ожидаемые затраты из собственных средств. Для получения более подробной информации вы можете позвонить в отдел обслуживания участников.



- Наш *справочник поставщиков услуг и аптек*.
 - В большинстве случаев для приобретения покрываемых препаратов вам нужно обращаться во входящую в сеть аптеку. Входящие в сеть аптеки — это аптеки, которые согласились сотрудничать с нашим планом.
 - *Справочник поставщиков услуг и аптек* содержит списки аптек, входящих в сеть плана. См. **главу 5 справочника участника** для получения дополнительной информации о не входящих в сеть аптеках.

Содержание

A. Разъяснение страховых льгот (EOB)	213
B. Как вести учет расходов на препараты	214
C. Этапы оплаты препаратов части D по программе Medicare	216
D. Этап 1. Уровень начального покрытия	217
D1. Выбор аптеки.....	218
D2. Получение долгосрочного запаса препаратов.....	218
D3. Что платите вы	218
D4. Окончание уровня начального покрытия.....	224
E. Этап 2. Уровень критического покрытия	224
F. Стоимость ваших препаратов в том случае, если объем прописанных врачом препаратов меньше полного объема месячного запаса	224
G. Сколько стоят вакцины по части D.....	225
G1. Что надо знать перед тем, как вам поставят прививку.....	225
G2. Сколько вы платите за вакцину по части D по программе Medicare.....	226



А. Разъяснение страховых льгот (ЕОВ)

Наш план отслеживает ваши расходы на лекарства и оплату, произведенную вами при получении рецептурных препаратов в аптеке. Мы отслеживаем два типа расходов:

- Ваши **затраты из собственных средств**. Это денежная сумма, которую вы или другое лицо, действующее в ваших интересах, платите за свои рецептурные препараты. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого частью D препарата, любые платежи за препараты, сделанные семьей или друзьями, любые платежи за препараты по программе дополнительной помощи от программы Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, медицинских учреждений американских индейцев, программ помощи в оплате лекарств для больных СПИДом, благотворительных организаций и большинства государственных программ фармацевтической помощи (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Ваша **общая стоимость препаратов**. Это сумма всех платежей, совершенных за ваши рецептурные препараты, покрываемые по части D. Сюда входит сумма, оплаченную планом, а также сумма, оплаченная другими программами или организациями за покрываемые частью D препараты.

Когда вы приобретаете рецептурные препараты в рамках нашего плана, мы отправляем вам отчет, который называется *разъяснением страховых льгот* (*Explanation of Benefits, EOB*). Сокращенно мы называем этот отчет ЕОВ. ЕОВ не является счетом на оплату. В ЕОВ указана дополнительная информация о препаратах, которые вы принимаете, например, о повышении цены и о других существующих препаратах с меньшей долей в распределении затрат. Вы можете поговорить с лицом, выписывающим препарат, о подобных более дешевых вариантах. ЕОВ включает в себя следующее:

- **Информацию за месяц**. В отчете указано, какие лекарства вы приобрели в предыдущем месяце. В нем приведены общие расходы на лекарственные препараты, сумма, выплаченная нами, а также сумма, выплаченная вами или другими лицами за вас.
- **Отчет включает информацию за год, с 1 января**. Здесь показаны общие расходы на лекарства и все, что было за них заплачено с начала года.
- **Информация о цене препарата**. Это общая стоимость препарата и изменения в цене препарата с момента первого пополнения каждого рецепта за то же количество препарата.



- **Альтернативные, более дешевые варианты.** При необходимости, информация о других доступных препаратах с более низкой стоимостью совместного использования для каждого рецепта.

Мы предлагаем покрытие препаратов, не предусмотренное программой Medicare.

- Платежи за данные препараты не будут включаться в общую сумму ваших затрат из собственных средств.
- Большинство препаратов, которые вы приобретаете в аптеке, покрываются вашим планом. Другие препараты, например, безрецептурные лекарственные препараты (OTC) или определенные витамины, возможно, оплачивает программа Medi-Cal Rx. Пожалуйста, посетите веб-сайт программы Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) для получения более подробной информации. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников программы Medi-Cal Rx по телефону 800-977-2273. При получении рецептурных препаратов по программе Medi-Cal Rx необходимо предъявлять идентификационную карточку получателя льгот (BIC) программы Medi-Cal.
- Чтобы узнать о том, какие препараты покрываются нашим планом, см. *перечень препаратов*.

В. Как вести учет расходов на препараты

Для учета расходов на препараты и сделанных вами платежей мы используем данные, которые получаем от вас и от вашей аптеки. Что вы можете сделать, чтобы нам помочь:

1. Используйте свою идентификационную карточку участника.

Предъявляйте свою идентификационную карточку участника при каждом приобретении рецептурных препаратов. Это поможет нам узнать о том, какие рецептурные препараты вы приобрели и сколько вы за них заплатили.

2. Убедитесь, что вы предоставили нам всю необходимую информацию.

Вы можете обратиться к нам с просьбой о возмещении части стоимости препарата в рамках доли затрат. Пожалуйста, отправьте заявку на возмещение затрат на рецептурные препараты, используя форму «Возмещение расходов участника на рецептурные препараты (Prescription Drug Member Reimbursement)», размещенную на веб-сайте плана L.A. Care. (<https://www.lacare.org/providers/pharmacy-services/prior-authorizations>). Если



вам нужна помощь, обратитесь в отдел обслуживания участников. Ниже приводится несколько случаев, когда вы должны предоставить нам копии кассовых чеков:

- Вы приобретаете покрываемый препарат во входящей в сеть аптеке по специальной цене или используете карту скидок, не являющуюся частью льгот нашего плана.
- Вы вносите долю в совместной оплате за препараты, получаемые в рамках программы помощи пациентам производителями препаратов.
- Вы приобретаете покрываемые препараты в аптеке, не входящей в сеть.
- Когда вы оплачиваете полную стоимость покрываемого планом препарата в особых случаях.

Для получения дополнительной информации о том, как попросить нас вернуть вам деньги за нашу долю стоимости препарата, см. **главу 7 справочника участника**.

3. Отправьте нам информацию о платежах, которые осуществлялись другими лицами в ваших интересах.

Платежи, осуществленные другими лицами и организациями, также включаются в сумму ваших расходов из собственных средств. К примеру, в сумму ваших затрат из собственных средств включаются платежи, осуществленные государственной программой фармацевтической помощи, программой помощи в покрытии затрат на препараты для людей со СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), программой медицинского обслуживания американских индейцев, а также большинством благотворительных организаций. Это может дать вам право претендовать на получение критического покрытия. По достижении уровня критического покрытия наш план оплатит все расходы на препараты по части D программы Medicare до конца года.

4. Проверяйте отчеты EOB, которые мы вам присылаем.

При получении по почте отчета EOB убедитесь, что в нем содержится точная и полная информация.

- **Знакомо ли вам название каждой аптеки?** Проверьте все детали. Вы получали препараты указанного числа?
- **Правильные ли указаны препараты?** Совпадает ли указанная информация с имеющимися у вас кассовыми чеками? Соответствуют ли полученные препараты тем, что прописал вам врач?



Что делать, если вы найдете ошибки в отчете

Если что-то в этом EOB кажется вам непонятным или неверным, позвоните в отдел обслуживания участников L.A. Care Medicare Plus. Кроме того, вы можете найти ответы на многие свои вопросы на нашем веб-сайте: medicare.lacare.org.

Возможное мошенничество

Если в отчете указаны препараты, которые вы не принимаете, или если что-нибудь еще кажется вам подозрительным, обязательно свяжитесь с нами.

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана L.A. Care Medicare Plus.
- Или позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонить по этим номерам можно бесплатно.
- Если вы подозреваете, что поставщик услуг Medi-Cal совершил мошенничество, растрату или злоупотребление, вы имеете право сообщить об этом по конфиденциальному и бесплатному телефону 1-800-822-6222. Другие способы подачи информации о мошенничестве, связанном с программой Medi-Cal, можно найти на веб-сайте: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Если вы думаете, что в документе содержится неточная или неполная информация, а также если у вас имеются какие-либо вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников. Вы можете обновить свою информацию онлайн, воспользовавшись своим учетным кабинетом L.A. Care Connect. L.A. Care Connect — это учетная запись для зарегистрированных участников плана L.A. Care Medicare Plus. На сайте www.medicare.lacare.org вы можете зарегистрироваться и получить доступ к своей учетной записи L.A. Care Connect. Сохраняйте отчеты EOB. Это важные документы, содержащие информацию о ваших расходах на препараты.

С. Этапы оплаты препаратов части D по программе Medicare

В нашем плане оплата страхового покрытия препаратов по части D программы Medicare происходит в два этапа. Сумма, которую вы будете оплачивать, зависит от этапа, на котором вы находитесь, когда впервые или повторно приобретаете препараты по рецепту. Предусмотрены два этапа:



Этап 1. Уровень начального покрытия	Этап 2. Уровень критического покрытия
На этом этапе мы оплачиваем одну часть расходов на ваши лекарственные препараты, а вы — другую. Оплачиваемая вами часть называется долей в совместной оплате. Вы начинаете этот этап, когда приобретаете рецептурные препараты первый раз за год.	В течение данного этапа мы оплачиваем полную стоимость ваших препаратов до 31 декабря 2026 г. Вы переходите на этот этап после того, как достигли определенного уровня затрат из собственных средств.

D. Этап 1. Уровень начального покрытия

На этапе начального покрытия мы оплачиваем одну часть расходов на ваши покрываемые лекарственные препараты, а вы — другую. Оплачиваемая вами часть называется долей в совместной оплате. Размер доплаты зависит от того, к какому уровню доли затрат относится препарат, и где вы его приобретаете.

Уровень распределения затрат — это группы лекарственных препаратов с одинаковой доплатой. Каждый лекарственный препарат из нашего *перечня препаратов* относится к одному из 5 уровней распределения затрат. Как правило, чем выше класс доли затрат, тем больше сумма, которую вам нужно доплатить. Чтобы узнать, к какому уровню в распределении затрат относится ваш препарат, см. *перечень препаратов*.

- Препараты уровня 1 — это предпочтительные непатентованные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Доплата \$0.
- Препараты уровня 2 — это непатентованные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Доплата \$0–\$12.65 или 25%. Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.
- Препараты уровня 3 — это предпочтительные патентованные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Доплата \$0–\$12.65 или 25%. Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.



- Препараты уровня 4 — это непредпочтительные патентованные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Доплата \$0–\$12.65 или 25%. Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.
- Препараты уровня 5 — это специализированные препараты, которые покрываются программой L.A. Care Medicare Plus. Доплата \$0–\$12.65 или 25%. Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.

D1. Выбор аптеки

Сумма, которую вы платите за препараты, зависит от того, где вы их приобретаете:

- в сетевой аптеке **или**
- в аптеке, не входящей в сеть. В редких случаях мы покрываем рецептурные препараты, приобретаемые в аптеках, не входящих в сеть. Чтобы узнать, в каких случаях осуществляется покрытие, см. **главу 5** данного справочника участника.
- Аптека заказа по почте нашего плана.

Для получения дополнительной информации об аптеках, которые вы можете выбрать, см. **главу 5** данного справочника и наш справочник поставщиков услуг и аптек.

D2. Получение долгосрочного запаса препаратов

Некоторые препараты по рецепту вы можете получить на длительный период времени (такие запасы также называют «расширенными»). Долгосрочный запас — это запас на срок до 100 дней. Стоимость такого запаса будет равна для вас стоимости запаса на один месяц.

Для получения более подробной информации о том, где и как можно получить долгосрочный запас препаратов, см. **главу 5** или справочник поставщиков услуг и аптек.

D3. Что платите вы

На уровне начального покрытия при каждом приобретении рецептурных препаратов вам, возможно, придется вносить доплату. Если стоимость покрываемого препарата меньше размера доплаты, вы платите меньшую сумму.



Для получения информации о размере доли в совместной оплате за любой из покрываемых препаратов вы можете обратиться в отдел обслуживания участников.

Вы оплачиваете часть расходов месячного или долгосрочного запаса покрываемых рецептурных препаратов, если получаете их:

	В сетевой аптеке месячный запас или запас на срок до 100 дней	через службу почтовой доставки нашего плана месячный запас или запас на срок до 100 дней	в сетевой аптеке при учреждении долговременного ухода запас на срок до 31-го дня;	в аптеке, не входящей в сеть; запас на срок до 30-ти дней. Покрытие имеет некоторые ограничения. См. главу 5 данного справочника участника для получения дополнительной информации.
Распределение затрат Уровень 1 (Предпочтительные непатентованные препараты)	\$0	\$0	\$0	\$0



	В сетевой аптеке месячный запас или запас на срок до 100 дней	через службу почтовой доставки нашего плана месячный запас или запас на срок до 100 дней	в сетевой аптеке при учреждении долговременного ухода запас на срок до 31-го дня;	в аптеке, не входящей в сеть; запас на срок до 30-ти дней. Покрытие имеет некоторые ограничения. См. главу 5 данного справочника участника для получения дополнительной информации.
Распределение затрат Уровень 2 (непатентованные препараты)	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.



	В сетевой аптеке месячный запас или запас на срок до 100 дней	через службу почтовой доставки нашего плана месячный запас или запас на срок до 100 дней	в сетевой аптеке при учреждении долговременного ухода запас на срок до 31-го дня;	в аптеке, не входящей в сеть; запас на срок до 30-ти дней. Покрытие имеет некоторые ограничения. См. главу 5 данного справочника участника для получения дополнительной информации.
Распределение затрат Уровень 3 (Предпочтительные патентованные препараты)	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.



	В сетевой аптеке месячный запас или запас на срок до 100 дней	через службу почтовой доставки нашего плана месячный запас или запас на срок до 100 дней	в сетевой аптеке при учреждении долговременного ухода запас на срок до 31-го дня;	в аптеке, не входящей в сеть; запас на срок до 30-ти дней. Покрытие имеет некоторые ограничения. См. главу 5 данного справочника участника для получения дополнительной информации.
Распределение затрат Уровень 4 (непредпочтительные препараты)	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.



	В сетевой аптеке месячный запас или запас на срок до 100 дней	через службу почтовой доставки нашего плана месячный запас или запас на срок до 100 дней	в сетевой аптеке при учреждении долговременного ухода запас на срок до 31-го дня;	в аптеке, не входящей в сеть; запас на срок до 30-ти дней. Покрытие имеет некоторые ограничения. См. главу 5 данного справочника участника для получения дополнительной информации.
Распределение затрат Уровень 5 (специализированные препараты)	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.	\$0 - \$12.65 или 25% Размер доли в совместном страховании зависит от размера помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи.

Для получения информации о том, в каких аптеках вы сможете получить долгосрочный запас препарата, см. *справочник поставщиков услуг и аптек*.



D4. Окончание уровня начального покрытия

Уровень начального покрытия завершается, когда сумма ваших общих расходов, связанных с наличными выплатами, достигает \$2,100. С этого момента начинается уровень критического покрытия. Мы покрываем все расходы на препараты с данного момента и до конца года.

Отчеты EOB помогут вам вести учет ваших затрат за препараты в течение года. Мы сообщим вам, когда сумма достигнет ограничения в размере \$2,100. Многие не достигают этого уровня затрат за год.

E. Этап 2. Уровень критического покрытия

Когда вы потратили \$2,100 на рецептурные препараты из собственных средств, начинает действие уровень критического покрытия. Уровень критического покрытия будет продолжаться до конца календарного года. На этом этапе вы ничего не платите за покрываемые препараты по части D.

F. Стоимость ваших препаратов в том случае, если объем прописанных врачом препаратов меньше полного объема месячного запаса

В некоторых случаях вы должны внести долю в совместной оплате для покрытия стоимости полного месячного запаса препаратов. Однако ваш врач может прописать вам препараты на неполный месяц.

- Иногда вы можете попросить своего врача выписать рецепт на неполный месяц (например, если вы впервые начинаете принимать препарат, если он известен серьезными побочными эффектами).
- Если ваш врач согласится, вам не нужно будет оплачивать стоимость полного месячного запаса конкретных препаратов.

Если вы получаете запас препарата меньше, чем на месяц, его стоимость для вас будет зависеть от количества дней, на которые вы получаете препарат. Мы рассчитаем сумму, которую вы платите за ваш препарат за один день («суточная ставка доли в распределении затрат»), и умножим ее на количество дней, на которые вы получаете препарат.

- Пример: предположим, что ваша доля в совместной оплате за полный месячный запас препарата (запас на 30 дней) составляет \$1.35. Это означает, что сумма, которую вы платите за препарат за один день, составляет чуть меньше \$0.05. Если вы получаете запас препарата на 7 дней, то ваша доплата рассчитывается как \$0.05 в день, умноженные на 7 дней, т.е. общий размер доплаты составляет менее \$0.35.



- Суточная доля затрат позволяет удостовериться, что препарат действует надлежащим образом, и только потом оплачивать всю стоимость оставшейся части месячного запаса.
- Вы также можете попросить своего врача выписать вам лекарство в количестве, меньшем, чем месячный запас, чтобы помочь вам:
 - лучше планировать сроки пополнения запаса препаратов,
 - координировать пополнение запаса препаратов с получением других препаратов **и**
 - реже ходить в аптеку.

Г. Сколько стоят вакцины по части D

Важное сообщение о том, сколько вы платите за вакцины: некоторые вакцины считаются медицинскими льготами и покрываются программой Medicare часть B. Другие вакцины считаются лекарственными препаратами, покрываемыми программой Medicare часть D. Эти вакцины перечислены в *списке препаратов*. Наш план полностью покрывает большинство вакцин части D программы Medicare для взрослых. Обратитесь к *списку препаратов* или свяжитесь с отделом обслуживания участников для получения информации о страховом покрытии и доли в распределении затрат на определенные вакцины.

Наше покрытие вакцинации по части D по программе Medicare состоит из двух частей:

1. Первая часть предназначена для покрытия стоимости **самой вакцины**.
2. Вторая часть предназначена для покрытия стоимости **процедуры вакцинации**. Например, иногда процедура вакцинации проводится как укол, который делает ваш врач.

Г1. Что надо знать перед тем, как вам поставят прививку

Если вы планируете сделать прививку, мы рекомендуем вам позвонить в отдел обслуживания участников.

- Мы расскажем вам о том, как наш план оплачивает вакцинацию, и размер вашей доли затрат.



- Мы можем подсказать вам, как сократить расходы, воспользовавшись услугами входящей в сеть аптеки или поставщика услуг. Входящие в сеть аптеки и поставщики услуг согласны работать с нашим планом. Входящий в сеть поставщик услуг работает с нами, чтобы убедиться, что вам не нужно вносить предварительную оплату за вакцину по части D программы Medicare.

G2. Сколько вы платите за вакцину по части D по программе Medicare

Сумма, которую вы платите за вакцинацию, зависит от типа вакцины (против какого заболевания делается прививка).

- Некоторые вакцины считаются медицинской льготой, а не препаратом. Подобные вакцины полностью покрываются планом. Для получения более подробной информации об этих вакцинах см. таблицу льгот в **главе 4** данного справочника участника.
- Другие вакцины считаются препаратами по части D по программе Medicare. Эти вакцины перечислены в *списке препаратов* плана. Возможно, вам придется вносить свою долю в совместной оплате за прививки по части D по программе Medicare. Если вакцина рекомендована для взрослых организацией под названием **Консультативный комитет по практике иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, то вакцина не будет вам стоить ничего.

Ниже представлены три типичных способа получения вакцинации части D по программе Medicare.

- Вы получаете вакцину части D Medicare в сетевой аптеке, и там же вам делается укол.
 - За большинство вакцин части D для взрослых вам платить не надо.
 - За другие вакцины части D вы либо ничего не платите, **либо** вносите свою долю в совместной оплате за вакцину.
- Вы получаете вакцину части D по программе Medicare у своего лечащего врача и там же врач делает вам укол.
 - Вы либо ничего не платите, **либо** платите свою долю в совместной оплате врачу.
 - План оплачивает стоимость процедуры укола.



- В подобной ситуации сотрудникам офиса врача следует связаться с планом, чтобы мы могли убедиться, что они знают, что вы не должны платить за вакцинацию, **либо** должны платить только свою долю в совместной оплате.
3. Вы получаете вакцину части D по программе Medicare в аптеке, а затем идете к своему лечащему врачу делать прививку.
- В случае с большинством вакцин части D для взрослых за саму вакцину платить не надо.
 - За другие вакцины части D вы либо ничего не платите, **либо** вносите свою долю в совместной оплате за вакцину.
 - План оплачивает стоимость процедуры укола.



Глава 7. Как попросить нас оплатить нашу долю счета, который Вы получили за покрываемые услуги или препараты.

Введение

В этой главе Вы узнаете, как и когда отправлять нам счета и просить их оплатить. Здесь также рассказывается, как подать апелляцию, если Вы не согласны с решением о предоставлении страхового покрытия. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного *справочника участника*.

Содержание

A. Как попросить нас заплатить за Ваши услуги или препараты.....	229
B. Подача запроса об оплате	234
C. Решение о предоставлении страхового покрытия	234
D. Апелляции	235



А. Как попросить нас заплатить за Ваши услуги или препараты

Мы не разрешаем поставщикам услуг плана L.A. Care Medicare Plus выставять Вам счета за услуги или препараты. Мы платим нашим поставщикам напрямую, тем самым освобождая Вас от любых затрат.

Если Вы получили счет за полную стоимость услуг здравоохранения или препаратов, не оплачивайте его, а отправьте нам. Чтобы узнать, как отправить нам счет, см. раздел В.

- Если услуги или препараты покрываются, мы заплатим поставщику услуг напрямую.
- Если услуги или препараты покрываются, а Вы уже заплатили сумму, превышающую Вашу долю затрат, Вы имеете право на возврат денежных средств.
 - Если Вы оплатили услуги, покрываемые программой Medicare, мы вернем Вам деньги.
- Если Вы оплатили уже полученные услуги программы Medi-Cal, Вы можете иметь право на возмещение (возврат средств), если Вы отвечаете всем следующим критериям:
 - Услуга, которую Вы получили, является услугой, покрываемой программой Medi-Cal, и мы несем ответственность за ее оплату. Мы не будем возмещать расходы на услуги, которые не покрываются планом L.A. Care Medicare Plus.
 - Вы получили покрываемое обслуживание после того, как стали правомочным участником плана L.A. Care Medicare Plus.
 - Вы просите вернуть деньги в течение одного года с даты получения покрываемой услуги.
 - У Вас есть доказательство того, что Вы заплатили за покрываемую услугу, например подробную квитанцию от поставщика услуг.
 - Вы получили покрываемую услугу от поставщика, зарегистрированного в программе Medi-Cal, в сети плана L.A. Care Medicare Plus. Вам не нужно выполнять это условие, если Вы получали экстренную медицинскую помощь, услуги по планированию семьи или другие услуги, которые Medi-Cal позволяет поставщикам, не входящим в сеть, предоставлять без предварительного одобрения (предварительного разрешения).



- Если покрываемая услуга обычно требует предварительного одобрения (предварительного разрешения), Вам необходимо предоставить доказательство от поставщика услуг, подтверждающее медицинскую потребность в покрываемой услуге.
- План L.A. Care Medicare Plus сообщит Вам, возместят ли они Ваши затраты, отправив Вам письмо, которое называется «Уведомление о предпринятом действии». Если Вы соответствуете всем вышеперечисленным условиям, поставщик медицинских услуг, зарегистрированный в программе Medi-Cal, должен вернуть Вам всю уплаченную Вами сумму. Если поставщик откажется вернуть Вам деньги, план L.A. Care Medicare Plus вернет Вам полную стоимость. Мы возместим Вам расходы в течение 45 рабочих дней с момента получения страхового требования. Если поставщик зарегистрирован в программе Medi-Cal, но не входит в нашу сеть и отказывается платить Вам, план L.A. Care Medicare Plus вернет Вам деньги, но только в пределах суммы, установленной программой сдельной оплаты (Fee-for-Service, FFS) в рамках Medi-Cal. План L.A. Care Medicare Plus возместит Вам полную сумму затрат из собственных средств за услуги экстренной медицинской помощи, услуги по планированию семьи или другие услуги, которые Medi-Cal разрешает предоставлять поставщикам, не входящим в сеть, без предварительного одобрения. Если Вы не выполните хотя бы одно из вышеперечисленных условий, мы не возместим Вам затраты.
- Мы не возместим Вам затраты, если:
 - Вы потребовали и получили услуги, которые не покрываются программой Medi-Cal, например косметические услуги.
 - Услуга не покрывается планом L.A. Care Medicare Plus.
 - Вы обратились к врачу, который не принимает Medi-Cal, и подписали форму, в которой говорилось, что Вы все равно хотите, чтобы Вас осмотрели, и что Вы оплатите услуги самостоятельно.
- Мы сообщим Вам, если услуги или препараты не покрываются страховым планом.

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы, обращайтесь в отдел обслуживания участников. Мы можем помочь, если Вы получили счет и не знаете, что с ним делать. Вы также можете позвонить, если хотите сообщить, что Вы уже отправили нам запрос о возврате денежных средств.

Ниже приведены примеры случаев, когда Вам может понадобиться попросить нас вернуть Вам деньги или оплатить полученный Вами счет:



1. Вы получили скорую или неотложную медицинскую помощь от поставщика услуг, не входящего в сеть плана.

Попросите поставщика услуг отправить счет нам.

- Если Вы оплатили полную стоимость при получении медицинской помощи, попросите нас вернуть Вам деньги в размере нашей доли затрат. Отправьте нам счет и подтверждение платежа, который Вы сделали.
- Вы можете получить от поставщика услуг счет, который, по Вашему мнению, Вы не должны оплачивать. Отправьте нам счет и подтверждение платежа, который Вы сделали.
 - Если поставщику услуг следует заплатить, мы заплатим ему напрямую.
 - Если Вы уже заплатили за услугу Medicare больше своей доли затрат, мы выясним, сколько мы Вам должны, и вернем Вам нашу долю затрат.

2. Сетевой поставщик услуг выставил Вам счет.

Входящие в сеть поставщики услуг всегда должны выставлять счета нам. Важно предъявлять свою карту участника при получении каких-либо услуг или рецептурных препаратов; однако иногда поставщики медицинских услуг допускают ошибки. Вас могут попросить заплатить за услуги или заплатить сумму, превышающую Вашу долю затрат. **Звоните в отдел обслуживания участников** по номеру, указанному внизу этой страницы, **если Вы получили какой-либо счет.**

- Как участник плана, Вы выплачиваете долю в совместной оплате только при получении покрываемых нами услуг. Мы не разрешаем поставщикам услуг выставлять Вам счет на сумму больше, даже в случае, если мы платим поставщику услуг меньше, чем то, что он берет за услугу. Если мы решим не платить за что-либо, Вы все равно не должны платить поставщику.
- Если Вы когда-нибудь получите счет от входящего в сеть поставщика услуг на сумму больше ожидаемой, отправьте счет нам. Мы свяжемся с поставщиком услуг напрямую и решим проблему.
- Если Вы уже оплатили счет от сетевого поставщика услуг за услуги, покрываемые программой Medicare, отправьте нам счет и подтверждение сделанного платежа. Мы вернем Вам стоимость покрываемых услуг **или** разницу между оплаченной Вами суммой и суммой, которую Вам нужно платить в рамках плана.



3. Если Вы задним числом зарегистрированы в нашем плане.

Иногда Ваша регистрация в плане может иметь произведена задним числом. (Это означает, что первый день Вашей регистрации уже прошел. Это даже могло быть в прошлом году.)

- Если Вы были зарегистрированы задним числом и оплатили счет после даты регистрации, Вы можете попросить нас вернуть Вам деньги.
- Отправьте нам счет и подтверждение платежа, который Вы сделали.

4. Вы приобрели рецептурный препарат в аптеке, не входящей в сеть плана.

Если Вы покупаете рецептурные препараты в аптеке, не входящей в сеть, Вам придется оплатить их полную стоимость.

- Только в редчайших случаях мы оплачиваем приобретение рецептурных препаратов в аптеке, не входящей в сеть. Когда Вы будете делать запрос на возврат нашей доли затрат, вложите копию кассового чека.
- См. **главу 5 справочника участника** для получения дополнительной информации о не входящих в сеть аптеках.
- Мы можем не вернуть Вам разницу между тем, что Вы заплатили за препарат в аптеке, не входящей в нашу сеть, и суммой, которую мы бы заплатили аптеке, входящей в нашу сеть.

5. Когда Вы платите за полную стоимость рецептурного препарата по части D программы Medicare, потому что у Вас с собой не было карточки с идентификационным номером участника плана.

Если у Вас с собой нет карточки с идентификационным номером участника плана, Вы можете попросить сотрудника аптеки позвонить нам или найти сведения о Вашей регистрации в плане.

- Если аптеке не удалось сразу получить необходимую информацию, возможно, Вам придется оплатить полную стоимость рецептурного препарата самостоятельно или вернуться в аптеку, захватив с собой карточку с идентификационным номером участника плана.
- Когда Вы будете делать запрос на возврат нашей доли затрат, вложите копию кассового чека.
- Мы можем не вернуть Вам полную заплаченную Вами сумму, если уплаченная Вами наличными цена выше согласованной нами цены на рецептурный препарат.



6. Когда Вы платите за полную стоимость рецептурного препарата части D программы Medicare, который не покрывается страховым планом.

Возможно, Вам придется оплатить полную стоимость рецептурного препарата, потому что препарат не покрывается страховым планом.

- Возможно, препарат отсутствует в нашем *перечне покрываемых препаратов (списке препаратов)*, который опубликован на нашем веб-сайте, или к нему могут применяться требования или ограничения, о которых Вы не знали или думали, что они к Вам не относятся. Если Вы решили приобрести данный препарат, возможно, Вам придется оплатить его полную стоимость.
 - Если Вы не заплатили за препарат, но считаете, что он должен входить в страховое покрытие, Вы можете подать запрос о решении о предоставлении страхового покрытия (см. **главу 9** данного справочника участника).
 - Если Вы, Ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, считаете, что препарат Вам необходим немедленно (в течение суток), Вы можете попросить о вынесении ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия (см. **главу 9** данного справочника участника).
- Когда Вы будете просить нас о компенсации, вложите копию кассового чека. В некоторых ситуациях нам может потребоваться дополнительная информация от Вашего врача или другого лица, выписавшего препарат, чтобы вернуть Вам нашу долю стоимости препарата. Мы можем не вернуть Вам полную заплаченную Вами сумму, если уплаченная Вами цена выше согласованной нами цены на рецептурный препарат.

Когда вы отправите нам запрос на оплату, мы рассмотрим ваш запрос и примем решение о том, должны ли эта услуга или препарат быть покрыты. Это называется «решением о предоставлении страхового покрытия». Если мы решим, что данная услуга или препарат должны быть включены в покрытие, мы оплатим свою долю их стоимости.

Если мы откажем в Вашем запросе на оплату, Вы можете подать апелляцию. Для получения более подробной информации о процессе подачи апелляции см. **главу 9** данного справочника участника.



В. Подача запроса об оплате

Отправьте нам счет и подтверждение любого сделанного Вами платежа за услуги программы Medicare. Подтверждением платежа может быть копия выписанного Вами чека или квитанция от поставщика услуг. **Мы рекомендуем делать копии счетов и квитанций для собственного архива.** Вы можете попросить Вашего специалиста по управлению обслуживанием помочь Вам. Вы должны представить нам информацию в течение 365 дней с даты оказания услуги, получения товара или препарата.

Отправьте нам Ваш запрос на оплату вместе со счетом или квитанцией по следующему адресу:

L.A. Care Health Plan
Attn: Member Reimbursement Requests
P.O. Box 811610
Los Angeles, CA 90081

Вы также можете подать запрос на оплату по телефону. Звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. *Вы также можете отправить запрос на оплату вместе с квитанциями по факсу: 213-438-5012.*

С. Решение о предоставлении страхового покрытия

Когда мы получим Ваш запрос на оплату, мы примем решение о предоставлении страхового покрытия. Это означает, что мы решим, покрывает ли наш план Вашу услугу, предмет или препарат. Мы также определим, должны ли Вы платить и сколько.

- Мы сообщим, если нам потребуется дополнительная информация.
- Если мы решим, что услуга, предмет или препарат покрываются страховым планом, и Вы выполнили все условия для их получения, мы оплатим свою долю затрат. Если Вы уже оплатили услуги или препарат, мы вышлем Вам чек на заплаченную Вами сумму **или** свою долю затрат. Если Вы оплатили полную стоимость препарата, Вам могут не возместить всю уплаченную Вами сумму (например, если Вы приобрели препарат в аптеке, не входящей в нашу сеть, или если уплаченная Вами наличными цена выше согласованной нами цены). Если Вы еще ничего не оплатили, мы заплатим поставщику услуг напрямую.



В **главе 3** данного *справочника участника* объясняются правила получения покрытия услуг. В **главе 5** данного *справочника участника* объясняются правила покрытия рецептурных препаратов по части D программы Medicare.

- Если мы решим не оплачивать свою долю затрат за услугу или препарат, мы отправим Вам письмо с объяснением причин. В письме также будет дано объяснение Ваших прав на апелляцию.
- Для получения более подробной информации о решениях о предоставлении страхового покрытия см. **главу 9**.

D. Апелляции

Если Вы считаете, что мы совершили ошибку, отказав в Вашем запросе на оплату, Вы можете попросить нас изменить решение. Это называется «подать апелляцию». Вы также можете подать апелляцию, если не согласны с суммой, которую мы оплачиваем.

Процесс подачи апелляций — это официальный процесс, требующий соблюдения подробных инструкций и сроков. Для получения более подробной информации об апелляциях см. **главу 9** данного *справочника участника*.

- Если Вы хотите подать апелляцию о возмещении оплаты за услуги здравоохранения, см. **раздел F**.
- Если Вы хотите подать апелляцию о возмещении оплаты за препарат, см. **раздел G**.



Глава 8. Ваши права и обязанности

Введение

Из этой главы вы узнаете о своих правах и обязанностях в качестве участника нашего плана. Мы должны уважать Ваши права. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного справочника участника.

Содержание

- A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями 244
- B. Наш долг — обеспечить Вам своевременный доступ к покрываемым услугам и препаратам 249
- C. Наш долг — защита Вашей личной медицинской информации (PHI) 250
 - C1. Как мы защищаем Вашу PHI 251
 - C2. Ваше право на ознакомление с данными в своей медицинской карте 251
- D. Наш долг — предоставить вам информацию 252
- E. Запрет входящим в сеть поставщикам на выставление счетов непосредственно Вам 253
- F. Ваше право на выход из нашего плана 253



- G. Ваше право принимать решения о своем медицинском обслуживании..... 254
 - G1. Ваше право знать о вариантах лечения и принимать решения.....254
 - G2. У Вас есть право выразить свои предпочтения относительно дальнейших действий в случае, если Вы будете не в состоянии принимать решения по поводу медицинского обслуживания самостоятельно..... 255
 - G3. Что делать, если Ваши указания не были выполнены..... 256
- H. Ваше право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые нами решения 256
 - H1. Что делать в случае несправедливого обращения или как получить дополнительную информацию о своих правах 257
- I. Ваши обязанности в качестве участника плана 257



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.

Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English and/or in an alternate format, please contact Member Services at (833) 522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. A representative can help you make or change a standing request.
- Members have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.



A. Su derecho de obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Los servicios de interpretación están disponibles. Para obtener los servicios de un intérprete, puede llamarnos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluyendo árabe, armenio, chino, punjabi, hindi, hmong, japonés, laosiano, mien, camboyano, farsi, coreano, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Miembros o escriba a:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Puede solicitar que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina “solicitud permanente”. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes distintas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.



A. Ծառայություններ և տեղեկություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է երաշխավորենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են մշակութային ձեռնհասությամբ և մատչելի կերպով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ համար հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը:
- Մեր ծրագիրը կարող է ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, փենջաբերեն, հինդի, հմոնգ, ճապոներեն, լատներեն, միեն, կամբոջերեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով, ինչպես նաև հետևյալ ձևաչափերով՝ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ:
Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ գրել այստեղ՝

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք ձեր ընտրած լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական խնդրանք: Մենք կհետևենք ձեր մշտական խնդրանքին, որպեսզի ամեն անգամ տեղեկություն ստանալիս առանձին խնդրանքներ չուղարկեք: Որպեսզի ստանաք այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (833) 522-3767 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ մշտական խնդրանք կատարել կամ փոխել այն:
- Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:



ប្រសិនបើ ប្រព័ន្ធប្រព្រឹត្តិការណ៍ មិនអាចទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយសេវាសមត្ថភាពខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងតាមលទ្ធភាពដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកទៅតាមមធ្យោបាយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ជាញឹកញយ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) អាចជួយអ្នកដឹងពីការប្រើប្រាស់សេវា Medicare បាន។ ពេលអ្នកទូរស័ព្ទ ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ ត្រូវប្រាប់ថា អ្នកកំពុងទូរស័ព្ទ ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ ពីលេខទូរស័ព្ទ ឬ លេខប្រើប្រាស់ 1-877-486-2048 អាចជួយអ្នកដឹងពីការប្រើប្រាស់សេវា Medicare បាន។
- Medi-Cal គឺជាសេវាសមត្ថភាពខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងតាមលទ្ធភាពដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ ពេលអ្នកទូរស័ព្ទ ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ ត្រូវប្រាប់ថា អ្នកកំពុងទូរស័ព្ទ ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ ពីលេខទូរស័ព្ទ ឬ លេខប្រើប្រាស់ 916-440-7370 អាចជួយអ្នកដឹងពីការប្រើប្រាស់សេវា Medi-Cal បាន។
- ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ អាចទទួលបានសេវាសមត្ថភាពខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងតាមលទ្ធភាពដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ ពេលអ្នកទូរស័ព្ទ ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ ត្រូវប្រាប់ថា អ្នកកំពុងទូរស័ព្ទ ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ ពីលេខទូរស័ព្ទ ឬ លេខប្រើប្រាស់ 1-800-368-1019 អាចជួយអ្នកដឹងពីការប្រើប្រាស់សេវា Medi-Cal បាន។

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានស្របតាមតម្រូវការ

យើងត្រូវតែធានាថា រាល់សេវាកម្មទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយសេវាសមត្ថភាពខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងតាមលទ្ធភាពដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកទៅតាមមធ្យោបាយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ជាញឹកញយ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះតាមរបៀបណាមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- សេវាបកប្រែមាននៅទីនេះ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។
- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងៗក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសរួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេរិកាំង ចិន ពុទ្ធបាប៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន ឡាវ ម៉ុង កម្ពុជា ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន និងវៀតណាម រួមទាំងជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ណាមួយទាំងនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- ភាសា ឬ ទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការបានជានិច្ច។ ការស្នើសុំនេះហៅថាសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ យើងនឹងតាមដានសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងទៀតនោះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ (833) 522-3767, TTY: 711, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។ អ្នកតំណាងអាចជួយអ្នកស្នើសុំ ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំដោយស្វ័យប្រវត្តិបាន។
- សមាជិកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំទាក់ទងនឹងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវសមាជិករបស់ស្ថាប័ន។



ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅទូរសព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات به شیوه‌ای قابل دسترس و متناسب با فرهنگ به شما ارائه می‌شود. ما باید شما را از حقوق و مزایای طرح ما به شیوه‌ای مطلع سازیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هر سال در صورت عضویت شما در طرح، حقوق‌تان را برای شما بازگو کنیم.

- برای کسب این اطلاعات با خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما از خدمات رایگان مترجم شفاهی برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف برخوردار است.
- خدمات مترجم شفاهی موجود است. برای داشتن مترجم شفاهی، فقط کافی است با ما به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، از حمله تعطیلات، تماس بگیرید.
- طرح ما مطالب را به زبان‌های دیگر غیر از انگلیسی، از جمله عربی، ارمنی، چینی، پنجابی، هندی، همونگ، ژاپنی، لائوسی، مین، کامبوجی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی و در فرمت‌هایی مانند جاب بزرگ، خط بریل یا صوتی نیز ارائه می‌دهد. جهت دریافت اقلام به یکی از این فرمت‌های حایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا مکاتبه کنید با:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- می‌توانید درخواست کنید همواره اطلاعات را به زبان یا در قالب موردنیازتان برای شما ارسال کنیم. این عمل را درخواست ثابت می‌نامند. ما درخواست ثابت شما را ثبت می‌کنیم تا نیاز نباشد در هر بار ارسال اطلاعات، درخواست حدآگاهانه‌ای ارائه دهید. برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی و/یا فرمتی دیگر، لطفاً در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از حمله تعطیلات، با خدمات اعضا به شماره 3767-522 (833)، 711 TTY: تماس بگیرید. نماینده خدمات اعضا می‌تواند رد ارائه یا تغییر درخواست ثابت به شما کمک کند.
 - اعضا حق دارند در مورد سیاست حقوق و مسئولیت‌های سازمان توصیه‌هایی را ارائه کنند.
- اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید:



- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-633-4227 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리

당사는 가입자에게 제공되는 모든 서비스가 문화적으로 능숙하고 접근성이 좋은 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리를 알려야 할 의무도 있습니다. 가입자가 플랜에 가입한 이상 매년 가입자의 권리를 알려야 합니다.

- 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 플랜에서 무료 통역사 서비스를 제공하여 다양한 언어로 질문에 답해드리고 있습니다.
- 무료 통역사 서비스가 제공됩니다. 통역사 서비스를 이용하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하기만 하면 됩니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함).
- 플랜에서는 자료를 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 펀자브어, 힌디어, 몽어, 일본어, 라오스어, 멘어, 캄보디아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어와 베트남어 버전으로 작성된 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오 등의 형식으로도 제공합니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 가입자 서비스에 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- 언제든지 원하는 언어와 형식으로 정보를 요청할 수 있습니다. 이를 표준 요청이라고 합니다. 플랜에서는 정보를 보낼 때마다 별도 요청을 하지 않아도 될 수 있도록 귀하의 표준 요청을 기록할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스 (833)522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 담당자가 표준 요청을 만들거나 변경하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.



- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24 시간, 연중무휴 언제든지 이용하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국 번호는 916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставлять вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, китайский, пенджаби, хинди, хмонг, японский, лаосский, миен, камбоджийский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский тайский, украинский и вьетнамский, а также в других форматах. например, крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Службу поддержки участников или напишите по адресу:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Вы можете попросить, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на нужном вам языке или в формате. Это называется постоянным запросом. Мы будем отслеживать ваш постоянный запрос, поэтому вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию. Чтобы получить этот документ на языке, отличном от английского, и/или в альтернативном формате, обратитесь в Службу поддержки участников по телефону (833) 522-3767, линия TTY 711, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Представитель может помочь вам составить или изменить постоянный запрос.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия TTY: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org. 244

- У участников есть право вносить рекомендации, касающиеся правил о правах участников организации и их обязанностей.

Если вам трудно получить информацию от нашего плана по причине языкового барьера или инвалидности, и вы хотите подать жалобу, позвоните:

- в программу Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Вы можете звонить круглосуточно и ежедневно. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- в офис Управления по гражданским правам программы Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить 711. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 711.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Линия TTY: 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyaking naibibigay sa inyo ang **lahat** ng serbisyo sa paraang isinasaalang-alang ang kultura at madaling i-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraan na maiintindihan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Pero kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Pero makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian at Vietnamese at sa mga format tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Tinatawag itong nagpapatuloy na kahilingan (standing request). Susubaybayan namin ang iyong kasalukuyang kahilingan para hindi mo kailangang gumawa ng hiwalay na mga kahilingan sa tuwing magpapadala kami sa iyo ng impormasyon. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga



Serbisyo sa Miyembro sa (833) 522-3767, TTY: 711, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Matutulungan ka ng isang kinatawan na gumawa o magbago ng isang nagpapatuloy na kahilingan.

- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong magsampa ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwede kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Departamento ng Mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

A. 您有權以符合您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保以符合您文化背景且無障礙的方式為您提供**所有**服務。我們也必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加我們計劃的期間，我們每年皆必須向您說明您的權利。

- 如要獲得以您能理解的方式提供的資訊，請致電會員服務部。本計劃有免費的口譯服務，可以使用不同語言回答問題。
- 您可使用口譯服務。若需要使用口譯員，您只需致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。
- 本計劃也可以為您提供英文以外之其他語言版本的資料，包括阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、旁遮普文版、印地文版、苗文版、日文版、寮文版、勉語版、柬埔寨文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、泰文版、烏克蘭文版和越南文版以及諸如大字版、盲文版或語音版等格式。如欲取得上述其中一種替代格式的資料，請致電與會員服務部聯絡或寫信至：

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

您可要求我們永遠寄您所需之語言版本或格式的資訊給您。這稱為長期申請。我們會將您的長期申請記錄下來，這樣您就不需在我們每次寄資訊給您時均提出個別的申請。如欲取得本文件英文以外的其他語言版本和／或替代格式，請致電 (833) 522-3767、TTY: 711 與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。代表可協助您提出或變更長期申請。



- 會員有權針對組織的會員權利與責任政策提出建議。

如果您因語言或殘障問題在獲取我們計劃提供的資訊方面遇到困難並想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 916-440-7370。TTY 使用者請致電 711
- 請致電 1-800-368-1019 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。

A. Quý vị có quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách có thể tiếp cận và phù hợp về mặt văn hóa. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.

- Để được cấp thông tin bằng những hình thức quý vị hiểu được, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình chúng tôi hiện có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Hiện có dịch vụ thông dịch. Để yêu cầu thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Hoa, tiếng Punjabi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Campuchia, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để có được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư cho:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và/hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.
- Hội viên có quyền đưa ra các đề nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên thuộc tổ chức

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin từ chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn than phiền, xin gọi:



- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-537-7697.

A. **حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك**

يجب أن نتأكد من تقديم **كافة** الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك عن مزاياك في الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل سنة تكون فيها عضواً في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم فوري مجانية متاحة للإجابة على أسئلة بلغات مختلفة.
- خدمات الترجمة الفورية متوفرة. وللحصول على خدمة مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم (TTY: 711) 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف الكبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
West 7th Street 1200
Los Angeles, CA 90017

- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك دائمًا المعلومات باللغة أو التنسيق الذي تريده. وهذا ما يسمى بالطلب الدائم. وسنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم TTY: 711، 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن للممثل مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.
- يحق للأعضاء تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من برنامجنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل مع:
- برنامج Medicare على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 1-916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.



В. Наш долг — обеспечить Вам своевременный доступ к покрываемым услугам и препаратам

Как участник нашего плана, Вы имеете определенные права.

- Вы имеете право выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (primary care provider, РСР), входящего в сеть нашего плана. Входящий в сеть поставщик услуг — это поставщик, который сотрудничает с нами. В **главе 3** данного *справочника участника* Вы можете найти дополнительную информацию о том, какие типы поставщиков услуг могут выступать в качестве РСР и как выбрать РСР.
 - Чтобы узнать подробнее о сетевых поставщиках и о том, какие врачи принимают новых пациентов, позвоните в отдел обслуживания участников или обратитесь к *справочнику поставщиков услуг и аптек*.
- У женщин есть право обращаться к специалисту женской консультации без направления. Направление — это разрешение от РСР обратиться за медицинской помощью к специалисту, не являющемуся Вашим РСР.
- Вы имеете право в разумные сроки получать покрываемые услуги у входящих в сеть поставщиков,
 - включая своевременное получение услуг врачей-специалистов.
 - Если Вы не можете получить услуги в разумный срок, мы должны оплатить обслуживание вне сети плана.
- Вы имеете право на получение скорой или неотложной помощи без предварительного разрешения (prior approval, PA).
- Вы имеете право на получение рецептурных препаратов в любой из аптек нашей сети без длительных задержек.
- Вы имеете право знать, в каких случаях Вы можете обратиться к поставщику, не входящему в сеть. Для получения более подробной информации о поставщиках, не входящих в сеть, см. **главу 3** данного *справочника участника*.
- Впервые вступив в наш план, Вы имеете право обращаться к своим текущим поставщикам услуг и пользоваться имеющимися у Вас разрешениями в течение 12 месяцев, если соблюдены определенные условия. Для получения более подробной информации о том, как продолжать посещать своего поставщика услуг и пользоваться имеющимися у Вас разрешениями, см. **главу 1** данного *справочника участника*.



- Вы имеете право на свои собственные решения по поводу своего здравоохранения с помощью группы медицинского обслуживания и специалиста по управлению обслуживанием.

В **главе 9** данного *справочника участника* разъясняется, что Вы можете сделать, если считаете, что не получаете услуги или препараты в разумные сроки. Там также разъясняется, что Вы можете сделать, если мы отказали в покрытии услуг или препаратов, но Вы не согласны с нашим решением.

С. Наш долг — защита Вашей личной медицинской информации (PHI)

Мы защищаем Вашу личную медицинскую информацию (Personal Health Information, PHI) в соответствии с требованиями федерального законодательства и законов штата.

Ваша PHI включает в себя информацию, которую Вы предоставили нам при регистрации в нашем плане. Также к ней относятся записи в Вашей медицинской карте и другая медицинская информация.

У вас есть права в отношении этих данных, а также право контролировать, как используется ваша PHI. Мы уведомим вас в письменном виде об этих правах, а также о том, как мы защищаем конфиденциальность вашей PHI. Данное уведомление называется «Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией».

Участники, которые могут дать согласие на получение деликатных услуг, не обязаны получать разрешение любого другого участника на получение деликатных услуг или подавать страховое требование на деликатные услуги. План L.A. Care Medicare Plus будет направлять сообщения о деликатных услугах на альтернативный указанный участником почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона или, при отсутствии указаний, на имя участника по имеющемуся в данных адресу или номеру телефона. План L.A. Care Medicare Plus не будет раскрывать медицинскую информацию, касающуюся деликатных услуг, любому другому участнику без письменного разрешения участника, получающего лечение. План L.A. Care Medicare Plus удовлетворит запросы на конфиденциальный способ общения в запрошенной форме и формате, если таковые доступны, или в альтернативных местонахождениях. Запрос участника на конфиденциальный способ общения, связанный с деликатными услугами, будет действительным до тех пор, пока участник не ответит на запрос или не отправит новый запрос на конфиденциальный способ общения.

В рамках плана от участников может требоваться направлять запросы на конфиденциальный способ общения в письменном или электронном формате.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия TTY: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org. 250

C1. Как мы защищаем Вашу PHI

Мы принимаем меры безопасности, чтобы у лиц, не имеющих соответствующего права, не было доступа к Вашим данным, и они не могли вносить в них изменения.

В большинстве случаев мы предоставляем Вашу PHI только тем, кто предоставляет Вам обслуживание или оплачивает его. В противном случае нам надо получить от Вас письменное разрешение. Вы или кто-либо уполномоченный законом принимать решения за Вас можете дать письменное разрешение.

Иногда нам не надо сначала получить Ваше письменное разрешение. Эти исключения разрешены или требуются по закону:

- Мы обязаны предоставить PHI государственным органам, которые проверяют качество предоставляемого нами обслуживания.
- Мы можем раскрыть защищенную медицинскую информацию по решению суда, но только если это разрешено законодательством штата Калифорния.
- Мы обязаны предоставить PHI программе Medicare, включая информацию о препаратах, которые Вы получаете по Части D программы Medicare. Если программа Medicare передаст Вашу PHI для исследований или в других целях, все действия будут выполнены в соответствии с федеральным законодательством. Если Вы участвуете в двух программах страхования, Medicare и Medi-Cal, мы можем передать программе Medi-Cal Вашу медицинскую информацию в целях предоставления Вам наилучшего обслуживания и здравоохранения. Если программа Medi-Cal передаст или использует Ваши данные, все действия будут выполнены в соответствии с федеральным законодательством. Там, где этого требует законодательство, когда с нами работают наши деловые партнеры, они тоже должны обеспечивать конфиденциальность любой PHI, которую мы им передаем, и они не имеют права передавать PHI другим, за исключением случаев, предусмотренных законодательством и указанных в этом уведомлении.

C2. Ваше право на ознакомление с данными в своей медицинской карте

- У Вас есть право ознакомиться с данными в своей медицинской карте и получить копию своей медицинской карты.
- Вы имеете право попросить нас обновить или исправить данные в Вашей медицинской карте. Если Вы попросите нас об этом, мы будем работать совместно с Вашим поставщиком медицинских услуг, чтобы решить, следует ли вносить изменения.



- Вы имеете право знать, передавали ли мы Вашу PHI другим лицам и каким образом.

Если у Вас есть вопросы или сомнения по поводу конфиденциальности Вашей PHI, позвоните в отдел обслуживания участников.

D. Подробнее о своих правах в отношении конфиденциальности вы можете узнать, запросив копию «Уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией» (NORP). Вы можете ознакомиться с NORP на нашем сайте (medicare.lacare.org) или позвонив в отдел обслуживания участников. Наш долг — предоставить вам информацию

Как участник нашего плана, Вы имеете право получать от нас информацию о нашем плане, наших сетевых поставщиках и Ваших покрываемых услугах.

Если Вы не говорите по-английски, мы воспользуемся услугами устного переводчика, чтобы ответить на любые вопросы о нашем плане страхования. Чтобы вызвать устного переводчика, позвоните в отдел обслуживания участников. Эта услуга предоставляется Вам бесплатно. Вы можете бесплатно получать материалы для участников на других языках, таких как арабский, армянский, китайский, фарси, кхмерский, корейский, русский, испанский, тагальский и вьетнамский. Мы можем предоставить Вам информацию с использованием шрифта Брайля или крупного шрифта, и в аудиоформате.

Если вам нужна информация по любому из следующих вопросов, позвоните в отдел обслуживания участников:

- как выбрать или изменить планы;
- информацию о нашем плане, включая:
 - финансовые сведения,
 - какой рейтинг дали нам другие участники,
 - количество поданных участниками апелляций,
 - как выйти из нашего плана,
- информацию о наших входящих в сеть поставщиках услуг и аптеках, в том числе:
 - как выбрать или сменить поставщика первичного обслуживания,



- данные о квалификации сетевых поставщиков услуг и аптек,
- как мы платим поставщикам в нашей сети.
- Покрываемые услуги и препараты, включая:
 - услуги (см. **главы 3 и 4** данного *справочника участника*) и препараты (см. **главы 5 и 6** данного *справочника участника*), покрываемые нашим планом
 - ограничения на покрытие и препараты
 - правила, которым Вам надо следовать, чтобы получать покрываемые услуги и препараты
- Почему что-то не покрывается и что Вы можете с этим сделать (см. **главу 9** данного *справочника участника*), в том числе попросив нас:
 - ответить в письменной форме, почему что-либо не покрывается,
 - изменить принятое нами решение,
 - оплатить полученный Вами счет.

Е. Запрет входящим в сеть поставщикам на выставление счетов непосредственно Вам

Врачи, больницы и другие поставщики в нашей сети не могут заставить Вас платить за покрываемые услуги. Они также не могут взимать с Вас плату, если мы платим меньше запрашиваемой поставщиком суммы. Чтобы узнать, что делать, если входящий в сеть поставщик пытается взять с Вас плату за покрываемые услуги, см. **главу 7** данного *справочника участника*.

Г. Ваше право на выход из нашего плана

Никто не может заставить Вас остаться в нашем плане, если Вы этого не хотите.

- Вы имеете право получать большую часть услуги здравоохранения в рамках программы Original Medicare или другого плана Medicare Advantage (MA).
- Вы можете получить свои льготы на покрытие рецептурных препаратов части D программы Medicare в рамках плана покрытия рецептурных препаратов или другого плана MA.



- См. **главу 10** данного справочника участника:
 - для получения информации о том, как зарегистрироваться в новом плане МА или плане покрытия рецептурных препаратов;
 - для получения информации о том, как Вы будете получать льготы по программе Medi-Cal, если Вы покинете план.

G. Ваше право принимать решения о своем медицинском обслуживании

У Вас есть право получать исчерпывающую информацию от своих врачей и других поставщиков медицинских услуг при получении обслуживания.

G1. Ваше право знать о вариантах лечения и принимать решения

Поставщики услуг должны объяснить Ваше состояние и варианты лечения понятным для Вас способом. У Вас есть право:

- **Знать о существующем у Вас выборе.** Ваше право знать о всех вариантах лечения.
- **Быть осведомленными о рисках.** У Вас есть право получить информацию обо всех возможных рисках. Если какое-либо обслуживание или лечение является частью научно-исследовательского эксперимента, Вам должны сообщить об этом заранее. У Вас есть право отказаться от экспериментального лечения.
- **Получить заключение другого врача.** Ваше право обратиться к другому врачу, прежде чем выбрать вариант лечения.
- **Сказать «нет».** Вы имеете право отказаться от любого лечения, включая право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже вопреки рекомендациям врача. Также у Вас есть право прекратить прием назначенного препарата. Если Вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием назначенного препарата, Вы не будете исключены из нашего плана. Однако, если Вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием лекарственного препарата, Вы берете на себя полную ответственность за состояние Вашего организма.
- **Попросить нас объяснить, почему поставщик отказал в медицинском обслуживании.** Вы имеете право получить от нас объяснение, если поставщик услуг отказал в медицинской помощи, которую, по Вашему мнению, Вы должны получить.



- **Попросить нас включить в покрытие услугу или препарат, в которых Вам отказали или которые обычно не покрываются.** Это называется решением о предоставлении страхового покрытия. В **главе 9** данного *справочника участника* поясняется, как Вы можете попросить нас вынести решение о предоставлении страхового покрытия.

G2. У Вас есть право выразить свои предпочтения относительно дальнейших действий в случае, если Вы будете не в состоянии принимать решения по поводу медицинского обслуживания самостоятельно.

Иногда люди не могут принимать решения о здравоохранения самостоятельно. Прежде чем это произойдет с Вами, Вы можете:

- Заполнить письменную форму, **предоставляющую другому человеку право принимать решения о медицинском обслуживании за Вас.**
- **Дать Вашим врачам письменные инструкции** о том, как предоставлять Вам медицинское обслуживание, если Вы не сможете принимать решения самостоятельно, в том числе об обслуживании, которое Вы считаете **ненужным** для себя.

Юридический документ, используемый для передачи Ваших указаний, называется предварительным распоряжением о медицинском вмешательстве. Существуют различные виды предварительных распоряжений о медицинском вмешательстве, и они называются по-разному, например прижизненное завещание или доверенность на оказание услуг здравоохранения.

Вы не обязаны составлять предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве, но можете, если хотите. Вот что Вы можете сделать, чтобы составить его:

- **Получите бланк.** Его можно получить у врача, юриста, в юридической консультации или у социального работника. Аптеки и офисы поставщиков услуг тоже часто предоставляют бланки. Вы также можете найти и бесплатно загрузить онлайн-бланк.
- **Заполните бланк и подпишите его.** Данная форма является юридическим документом. Вам следует подумать о том, чтобы юрист или кто-то, кому Вы доверяете, например член семьи или Ваш PCP, помог Вам заполнить его.
- **Передайте копии документа лицам, которые должны о нем знать.** Одну копию Вам следует предоставить своему врачу. Вам также следует предоставить один экземпляр лицу, которое Вы назначили принимать решения за Вас в случае, если Вы не сможете это сделать. Вы можете передать экземпляры близким друзьям или членам семьи. Храните один экземпляр у себя дома.



- Если Вас кладут в больницу, и у Вас есть подписанное предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве, **возьмите экземпляр с собой в больницу.**
 - В больнице Вас спросят, подписали ли Вы предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве и есть ли оно у Вас с собой.
 - Если Вы не подписали предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве, сотрудник больницы предоставит Вам бланк и спросит, хотите ли Вы его подписать.

У Вас есть право:

- Сохранить Ваше предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве в своей медицинской карте.
- В любое время изменить или аннулировать Ваше предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве.
- Быть осведомленными об изменениях в законах о предварительном распоряжении о медицинском вмешательстве. План L.A. Care Medicare Plus сообщит Вам об изменениях в законах штата не позднее 90 дней после внесения изменений.

По закону никто не может отказать Вам в медицинском обслуживании или подвергнуть Вас дискриминации в зависимости от того, подписали Вы предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве или нет. Для получения более подробной информации позвоните в отдел обслуживания участников.

ГЗ. Что делать, если Ваши указания не были выполнены

Если Вы подписали предварительное распоряжение о медицинском вмешательстве и считаете, что врач или больница не выполнили содержащиеся в нем инструкции, Вы можете подать жалобу в *Офис омбудсмена по телефону 1-888-452-8609* с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Н. Ваше право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые нами решения

В **главе 9** данного *справочника участника* объясняется, что можно сделать, если у Вас возникают проблемы или вопросы о покрываемых услугах. Например, Вы можете попросить нас принять решение о предоставлении страхового покрытия, подать апелляцию с целью изменения решения о предоставлении страхового покрытия или подать жалобу.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия TTY: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org. 256

У Вас есть право получить информацию об апелляциях и жалобах, которые подали другие участники в отношении нашего плана. Чтобы получить эту информацию, позвоните в отдел обслуживания участников.

Н1. Что делать в случае несправедливого обращения или как получить дополнительную информацию о своих правах

Если Вы считаете, что с Вами обошлись несправедливо, **не считая** случаев дискриминации по указанным в **главе 11** данного *справочника участника*, или Вы хотите получить более подробную информацию о своих правах, Вы можете позвонить:

- в отдел обслуживания участников;
- позвонить в программу консультирования и адвокатских услуг по медицинскому страхованию (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222; Для получения более подробной информации об этой программе см. **главу 2**.
- в программу омбудсмана Medi-Cal по телефону 1-888-452-8609. Для получения более подробной информации об этой программе см. **главу 2** данного *справочника участника*.
- в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. (Вы можете посетить веб-сайт программы Medicare и прочитать или скачать документ «Права и средства защиты по программе Medicare (Medicare Rights & Protections)»
www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Ваши обязанности в качестве участника плана

Как у участника плана, у Вас есть определенные обязанности, которые перечислены ниже. Если у Вас есть вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников.

- **Ознакомьтесь с данным *справочником участника***, чтобы узнать, что входит в покрытие и какие правила следует выполнять для получения покрываемых страховкой услуг и препаратов. Для получения подробной информации:
 - о покрываемых услугах см. **главы 3 и 4** данного *справочника участника*. В них объясняется, что входит, а что не входит в страховое покрытие, какие правила следует соблюдать, и что Вам будет нужно оплатить.



- о покрываемых препаратах см. **главу 5 и 6** данного *справочника участника*.
- **Сообщите нам, какое еще страховое покрытие медицинских услуг или рецептурных препаратов у Вас есть.** Мы обязаны убедиться, что, получая медицинское обслуживание, Вы используете все возможности Вашего страхового покрытия. Если у Вас есть другое страховое покрытие, сообщите об этом отделу обслуживания участников.
- **Сообщите о регистрации в нашем плане своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг.** Предъявляйте свою карточку с идентификационным номером участника при каждом получении услуг или препаратов.
- **Помогайте врачам** и другим поставщикам медицинских услуг предоставлять Вам наилучшее обслуживание.
 - Предоставляйте необходимую им информацию о себе и своем здоровье. Подробно изучите свои проблемы со здоровьем. Не нарушайте план лечения и выполняйте медицинские указания, согласованные с Вашими поставщиками услуг.
 - Убедитесь, что врачи и другие поставщики услуг знают обо всех принимаемых Вами препаратах. Это относится к рецептурным и безрецептурным препаратам, витаминам и биодобавкам.
 - Задавайте любые интересующие Вас вопросы. Ваши врачи и другие поставщики услуг должны объяснить информацию понятным для Вас способом. Если Вы задали вопрос и не поняли ответ, переспросите.
 - Пользуйтесь отделением неотложной помощи ответственно: только в случае крайней необходимости или по указанию Вашей медицинской команды.
- **Сотрудничайте со своей группой медицинского обслуживания, включая** заполнение ежегодной анкеты оценки риска для здоровья.
- **Уважайте других.** От всех участников нашего плана мы ожидаем уважения прав других пациентов. Мы также ожидаем, что Вы будете проявлять уважение ко всем медицинским работникам, участвующим в Вашем обслуживании, включая специалистов по управлению обслуживанием, представителей отдела обслуживания участников и персонал в офисах Ваших докторов и поставщиков услуг, а также в больницах.



- **Оплачивайте свои счета.** Как участник плана, Вы несете ответственность за следующие платежи:
 - Страховые взносы по частям А и В по программе Medicare. Для большинства участников плана L.A. Care Medicare Plus взносы по части А и В программы Medicare будет оплачивать программа Medi-Cal.
 - Вы должны оплатить свою долю затрат на некоторые покрываемые препараты при их получении. В **главе 6** поясняется, какую долю в совместной оплате Вы должны платить за Ваши лекарства.
 - **Если Вы получаете какие-либо услуги или препараты, которые не покрываются нашим планом, Вы должны оплатить их полную стоимость.** (Примечание: если Вы не согласны с нашим решением не покрывать услугу или препарат, Вы можете подать апелляцию. Чтобы узнать, как подать апелляцию, см. **главу 9**.)
- **Сообщите нам о переезде.** Если Вы планируете переезд, сообщите нам заранее. Позвоните в отдел обслуживания участников.
 - **Если Вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания, Вы не можете оставаться в нашем плане.** Участниками этого плана могут быть только люди, проживающие в зоне обслуживания. В **главе 1** данного *справочника участника* рассказывается о нашей зоне обслуживания.
 - Мы можем помочь Вам определить, покидаете ли Вы зону обслуживания нашего плана при переезде.
 - При переезде обязательно сообщите свой новый адрес программам Medicare и Medi-Cal. Номера телефонов программ Medicare и Medi-Cal указаны в **главе 2** данного *справочника участника*.
 - **Если Вы переезжаете, не покидая зоны обслуживания нашего плана, мы также должны об этом знать.** Мы должны регулярно обновлять Вашу информацию об участнике и знать, как с Вами связаться.
 - **Сообщите о переезде в службу социального обеспечения (или Совет по начислению пенсий железнодорожникам).**
- **Сообщите нам свой новый телефон** или новый наилучший способ с Вами связаться.
- **Если у Вас есть вопросы или сомнения, обратитесь за помощью в отдел обслуживания участников.**



Глава 9. Что делать, если у вас возникла проблема или жалоба (решение о предоставлении страхового покрытия, апелляции, жалобы)

Введение

Данная глава содержит информацию о ваших правах. Ознакомьтесь с данной главой, чтобы узнать, что необходимо делать, если:

- у вас возникла проблема или жалоба в отношении вашего плана;
- вам нужна услуга, товар или лекарственный препарат, которые не покрываются вашим планом;
- вы не согласны с решением, принятым планом относительно вашего медицинского обслуживания;
- вы полагаете, что ваши покрываемые услуги заканчиваются слишком быстро;
- у вас есть проблема или жалоба в отношении программы долгосрочного обслуживания и поддержки, которые включают услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) и услуги учреждения сестринского ухода (Nursing Facility, NF).

Данная глава содержит несколько разделов, чтобы вы легко могли найти интересующую информацию. **Если у вас есть проблема или жалоба, вам надо прочитать те части данного раздела, которые относятся к вашей ситуации.**

Вы должны получать медицинскую помощь, лекарства, а также услуги в рамках программы долгосрочного обслуживания и поддержки, которые ваш врач и другие поставщики услуг считают необходимыми по плану вашего лечения. **Если у вас возникла проблема с медицинским обслуживанием, вы можете позвонить омбудсмену программы управляемого медицинского обслуживания Medicare Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077 и получить помощь.** В данной главе описаны различные варианты разрешения разных типов проблем и жалоб, но вы всегда можете позвонить омбудсмену программы, и вам помогут решить проблему. Чтобы получить дополнительные ресурсы для разрешения ваших сомнений и узнать контактную информацию, см. раздел **главы 2** вашего *справочника участника*.



Содержание

A. Что следует делать, если у вас возникла проблема или сомнение	263
A1. Юридические термины	263
B. Где получить справочную информацию	263
B1. Для получения дополнительной и справочной информации	263
C. Понимание жалоб программ Medicare и Medi-Cal и апелляций в рамках нашего плана	265
D. Трудности при получении льгот	266
E. Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции	266
E1. Решение о предоставлении страхового покрытия	266
E2. Апелляции	267
E3. Получение помощи с решениями о предоставлении страхового покрытия и апелляциями	268
E4. Какие разделы данной главы могут быть вам полезны?	269
F. Медицинское обслуживание	270
F1. Использование данного раздела	270
F2. Подача запроса на решение о предоставлении страхового покрытия	271
F3. Подача апелляции уровня 1	273
F4. Подача апелляции уровня 2	278
F5. Проблемы с оплатой	288
G. Препараты по части D по программе Medicare	290
G1. Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции в рамках части D по программе Medicare	290
G2. Исключения, касающиеся части D по программе Medicare	292
G3. Что важно знать о предоставлении исключений	293
G4. Как попросить о вынесении решения о предоставлении страхового покрытия, включая предоставление исключения	294
G5. Подача апелляции уровня 1	297
G6. Подача апелляции уровня 2	299



H. Запрос на покрытие продления госпитализации	302
H1. Ознакомление с правами в рамках программы Medicare	302
H2. Подача апелляции уровня 1	303
H3. Подача апелляции уровня 2	306
I. Просьба о продолжении покрытия определенных медицинских услуг	307
I1. Предварительное уведомление до окончания действия страхового покрытия	307
I2. Подача апелляции уровня 1	308
I3. Подача апелляции уровня 2	310
J. Эскалация апелляции выше 2-го уровня	311
J1. Дальнейшие действия в отношении услуг и товаров по программе Medicare	311
J2. Дополнительные апелляции на услуги программы Medi-Cal	312
J3. Апелляция 3, 4 и 5 уровня по поводу запросов о препаратах части D по программе Medicare	316
K. Как подать жалобу	317
K1. Типы проблем, в отношении которых следует подавать жалобы	317
K2. Жалобы в рамках плана	319
K3. Жалобы вне плана	322



А. Что следует делать, если у вас возникла проблема или сомнение

В данной главе объясняется, как решать проблемы и избавляться от сомнений. Используемый процесс зависит от типа проблемы. Используйте один процесс для принятия **решений о предоставлении страхового покрытия и апелляций**, а другой для **подачи жалоб** (также называемых претензиями).

Для обеспечения справедливости и оперативности каждый процесс предусматривает набор правил, процедур и сроков, которые должны соблюдаться всеми сторонами.

А1. Юридические термины

Для некоторых правил и сроков в данной главе используются юридические термины. Многие из этих терминов могут оказаться сложными для понимания, поэтому по возможности мы используем более простые слова вместо определенных юридических терминов. Мы стараемся как можно реже использовать аббревиатуры.

Например:

- «подача жалобы» вместо «подача претензии»;
- «решение о предоставлении страхового покрытия» вместо «определение организации», «определение льгот», «определение риска» или «определение объема страхового покрытия»;
- «быстрое принятие решения о предоставлении страхового покрытия» вместо «ускоренное постановление о покрытии»;
- «независимая организация по пересмотру» (Independent Review Organization, IRO) вместо «независимая организация по пересмотру решений» (Independent Review Entity, IRE).

Знание правильных юридических терминов может помочь вам четко изложить суть своих проблем, поэтому мы их также указываем.

В. Где получить справочную информацию

В1. Для получения дополнительной и справочной информации

Иногда бывает сложно начать или следовать процессу решения проблемы. Это может быть особенно актуально, если вы плохо себя чувствуете или у вас мало энергии. Иногда вы можете просто не знать, каким должен быть ваш следующий шаг.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия TTY: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org). 263

Помощь в рамках программы консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования

Вы можете позвонить специалистам программы консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Консультанты программы консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования ответят на ваши вопросы и помогут понять, что делать в вашей ситуации. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования не связана ни с нами, ни с какими-либо другими страховыми компаниями и планами медицинского страхования. Квалифицированные специалисты этой программы есть в каждом округе, их услуги предоставляются бесплатно. Номер телефона программы HICAP: 1-800-434-0222.

Помощь в рамках программы омбудсмена Medicare Medi-Cal

Вы можете позвонить представителям программы омбудсмена Medicare Medi-Cal и обсудить с адвокатом вопросы, касающиеся вашего медицинского страхования. Они могут предложить бесплатную юридическую помощь. Программа омбудсмена не связана с нами или какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Их номер телефона: 1-855-501-3077; их веб-сайт: www.healthconsumer.org.

Помощь и информация программы Medicare

Для получения дополнительной информации и помощи вы можете обратиться к представителям программы Medicare. Существует два способа получения помощи в рамках программы Medicare:

- Позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут позвонить по номеру 1-877-486-2048.
- На веб-сайте программы Medicare (www.medicare.gov).

Помощь Департамента здравоохранения штата Калифорния

Также вам может помочь омбудсмен программы управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) штата Калифорния. Он поможет вам при наличии проблем с регистрацией, сменой или выходом из плана медицинского страхования. Он также может помочь в случае переезда и при наличии проблем с переводом вашего страхового плана программы Medi-Cal в новый округ. Звоните омбудсмену с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по телефону 1-888-452-8609.



Помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Для получения бесплатной помощи обратитесь в Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (Department of Managed Health Care, DMHC). DMHC несет ответственность за управление планами медицинского страхования. DMHC помогает подавать апелляции, касающиеся услуг программы Medi-Cal, а также разрешать проблемы с предъявленными к оплате счетами. Звоните по телефону 1-888-466-2219. Лица с потерей слуха, нарушениями слуха или речи могут воспользоваться бесплатным номером линии TDD, 1-877-688-9891. Вы также можете посетить веб-сайт DMHC: www.dmhc.ca.gov.

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния регулирует деятельность планов по услугам здравоохранения. Если у вас есть претензии в отношении вашего плана медицинского страхования, сначала вам следует позвонить в план медицинского страхования по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711), пройти процедуру подачи претензии, установленный вашим планом медицинского страхования, и только потом связываться с департаментом. Применение данной процедуры подачи претензии не запрещает использование любых других доступных вам юридических прав или средств правовой защиты. Если Вам нужна помощь в отношении претензии, связанной с предоставлением скорой помощи, претензии, которая не была должным образом урегулирована Вашим планом медицинского страхования, или претензии, которая не была разрешена в течение более 30 дней, Вы можете обратиться за помощью в департамент. Возможно, Вы также имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR) Если у Вас есть право на IMR, в ходе IMR будет проведена объективная проверка медицинских решений, вынесенных планом медицинского страхования в отношении медицинской целесообразности предложенной услуги или лечения, решений о страховом покрытии затрат на лечение экспериментального или исследовательского характера, а также споров в отношении оплаты услуг экстренной или неотложной медицинской помощи. В департаменте также есть бесплатный номер телефона (**1-888-466-2219**) или номер линии TDD (**1-877-688-9891**) для участников с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте департамента по адресу www.dmhc.ca.gov есть бланки для подачи жалоб, формы заявления на проведение IMR и инструкции по их заполнению.

С. Понимание жалоб программ Medicare и Medi-Cal и апелляций в рамках нашего плана

У вас есть и Medicare, и Medi-Cal. Информация в этой главе применима ко всем вашим льготам по управляемому медицинскому обслуживанию Medicare и Medi-Cal. Это иногда называют «интегрированным процессом», поскольку он объединяет или интегрирует процессы Medicare и Medi-Cal.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org. 265

Иногда процессы в рамках программ Medicare и Medi-Cal не могут быть объединены. В таких ситуациях для получения льгот по программе Medicare используется один процесс, а для получения льгот по программе Medi-Cal — другой. Описание таких ситуаций приводится в **разделе F4**.

D. Трудности при получении льгот

Если у вас есть проблема или жалоба, вам надо прочитать те части данного раздела, которые относятся к вашей ситуации. Приведенная ниже таблица поможет вам найти необходимый раздел этой главы, связанный с проблемами или жалобами.

Касается ли ваша проблема или жалоба льгот или страхового покрытия? К этому относятся и проблемы покрытия определенного медицинского обслуживания (медицинских принадлежностей, услуг и/или препаратов части B), способ их покрытия и проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания.	
Да. Моя проблема связана со льготами или страховым покрытием. См. раздел E: «Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции».	Нет. Моя проблема не связана со льготами или покрытием. См. раздел K: «Как подать жалобу».

E. Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции

Процесс запроса решений о предоставлении страхового покрытия и подачи апелляций касается проблем, связанных с вашими льготами и покрытием (услуг, принадлежностей и препаратов части B, включая оплату). Для простоты мы обычно называем медицинские принадлежности, услуги и препараты части B медицинским обслуживанием.

E1. Решение о предоставлении страхового покрытия

Решение о предоставлении страхового покрытия — это принятое нами решение о ваших льготах и покрытии или о сумме, которую мы заплатим за ваше медицинское обслуживание и препараты. Вы или ваш врач можете также



связаться с нами и попросить вынести решение о предоставлении страхового покрытия. У вас или вашего врача может возникнуть сомнение касательно покрытия определенной медицинской услуги или отказа в предоставлении медицинской помощи, которая, по вашему мнению, вам необходима. **Если вы хотите узнать, покрывает ли наша программа медицинскую услугу до ее получения, вы можете обратиться к нам за решением о предоставлении страхового покрытия.**

Мы принимаем решение о предоставлении страхового покрытия при рассмотрении запроса на обслуживание или страховое требование. В некоторых случаях мы можем принять решение, что услуга или лекарственный препарат не покрывается или больше не покрывается для вас в рамках программ Medicare или Medi-Cal. Если вы не согласны с этим решением о предоставлении страхового покрытия, вы можете подать апелляцию.

Е2. Апелляции

Если вы не довольны решением о предоставлении страхового покрытия, его можно обжаловать. Апелляция — это официальный способ подачи запроса на пересмотр и изменение принятого нами решения о предоставлении страхового покрытия.

Когда вы впервые подаете апелляцию на решение, это называется апелляцией 1-го уровня. В рамках этой апелляции мы пересматриваем принятое решение о предоставлении страхового покрытия, чтобы проверить, были ли соблюдены все правила. Ваша апелляция рассматривается другими экспертами, нежели те, которые приняли первоначальное неудовлетворительное решение.

В большинстве случаев вы должны начать с апелляции 1-го уровня. Если ваша проблема со здоровьем является неотложной или представляет непосредственную и серьезную угрозу для вашего здоровья, или если вы испытываете сильную боль и вам необходимо быстрое решение, вы можете обратиться за медицинской экспертизой IMR в Департамент управляемого медицинского обслуживания по адресу www.dmhca.ca.gov. См. дополнительную информацию в разделе F4 этой главы.

После проверки мы предоставим вам наше решение. При определенных обстоятельствах, приведенных в данной главе ниже, вы можете запросить ускоренное или «быстрое решение о предоставлении страхового покрытия» или «быструю апелляцию» на решение о предоставлении страхового покрытия.

Если мы ответим **отрицательно** ваш запрос или его часть, мы отправим вам письмо с уведомлением. Если ваша проблема касается медицинского обслуживания программы Medicare, в письме будет сказано, что мы направили ваше дело в Независимая организация по пересмотру (IRO) в качестве апелляции 2-го уровня. Если ваша проблема касается медицинского



обслуживания части D программы Medicare или медицинского обслуживания программы Medicaid, в письме будет сказано, как вы можете подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно. Дополнительную информацию об апелляциях 2-го уровня см. в **разделе F4**.

Если вы не довольны решением на апелляцию 2-го уровня, вы можете подать апелляцию на дополнительных уровнях.

Е3. Получение помощи с решениями о предоставлении страхового покрытия и апелляциями

Вы можете обратиться за помощью к любому из перечисленных ниже лиц:

- в **отдел обслуживания участников** по номерам, указанным внизу страницы;
- **программу омбудсмена Medicare и Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077**;
- **программу консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования (HICAP)** по телефону 1-800-434-0222;
- **справочный центр при Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC)** для получения бесплатной помощи. DMHC помогает подавать апелляции, касающиеся услуг программы Medi-Cal, а также разрешать проблемы с предъявленными к оплате счетами. Звоните по телефону 1-888-466-2219. Лица с потерей слуха, нарушениями слуха или речи могут воспользоваться бесплатным номером линии TDD, 1-877-688-9891. Вы также можете посетить веб-сайт DMHC: www.dmhc.ca.gov. DMHC может помочь людям, участвующим в программах Managed Medi-Cal, но не может помочь людям, участвующим только в программах Medicare и в следующих системах здравоохранения, организованных округами (County Organized Health Systems, COHS): Partnership HealthPlan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health и CalOptima. Федеральное правительство регулирует деятельность программы Medicare и планы, а Департамент услуг здравоохранения регулирует планы COHS.
- Поговорите со **своим врачом или другим поставщиком услуг**. Ваш врач или другой поставщик услуг могут попросить вынести решение о страховом покрытии или подать апелляцию от вашего имени.
- **Друг или член семьи**. Вы можете назначить другого человека действовать от вашего имени в качестве вашего «представителя», чтобы подать запрос о принятии решения о предоставлении страхового покрытия или подать апелляцию.



- **Адвокат.** Вы имеете право на адвоката. Однако **вам не обязательно иметь адвоката**, чтобы запросить решение о предоставлении страхового покрытия или подать апелляцию.
 - Позвоните своему адвокату или обратитесь в местную коллегия адвокатов или другую службу по подбору адвокатов, чтобы получить контактные данные адвоката. Вы можете получить бесплатные юридические услуги в некоторых юридических группах, если у Вас есть на это право.
 - Попросите адвоката из программы омбудсмена в рамках Medicare Medi-Cal о предоставлении вам юридической помощи по телефону 1-855-501-3077.

Заполните бланк назначения представителя, если вы хотите, чтобы юрист или кто-либо еще выступал в качестве вашего представителя. Форма дает кому-либо право на совершение действий от вашего имени.

Позвоните в службу поддержки членов по номерам, указанным внизу страницы, и попросите форму «Назначение представителя». Вы также можете получить бланк на веб-сайте www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем веб-сайте medicare.lacare.org. **Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.**

Е4. Какие разделы данной главы могут быть вам полезны?

Существует четыре ситуации, в которых принимаются решения о предоставлении страхового покрытия и подаются апелляции. Каждая ситуация имеет различные правила и сроки. Подробная информация по каждому из них приведена в отдельном разделе данной главы. См. соответствующий раздел:

- **Раздел F:** «Медицинское обслуживание»
- **Раздел G:** «Препараты по части D по программе Medicare»
- **Раздел H:** «Запрос на покрытие продления госпитализации»
- **Раздел I:** «Просьба о продолжении покрытия определенных медицинских услуг» (данный раздел применяется только к следующим услугам: медицинское обслуживание на дому, уход в учреждениях квалифицированного сестринского ухода и услуги комплексных амбулаторных реабилитационных учреждений [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF].)

Если вы не знаете, какой раздел использовать, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы.



Г. Медицинское обслуживание

В этом разделе объясняется, что делать, если у вас возникли проблемы с получением покрытия для медицинского обслуживания или если вы хотите, чтобы мы возместили вам нашу долю стоимости вашего обслуживания. Для получения информации о запросе на продление госпитализации в больнице, см. **раздел Н**.

В данном разделе перечислены ваши льготы на медицинское обслуживание, описание которого приведено в **главе 4** настоящего *справочника участника* в таблице льгот. К препаратам части В программы Medicare в некоторых случаях могут применяться другие правила. Когда это происходит, мы объясняем, чем правила, применяемые к препаратам части В программы Medicare, отличаются от правил, применяемых к медицинским услугам и товарам.

Г1. Использование данного раздела

В данном разделе говорится о том, как действовать в следующих ситуациях:

1. Вы считаете, что мы покрываем расходы на медицинское обслуживание, которое вам необходимо, но которое вы не получаете.

Что вы можете сделать: вы можете попросить нас принять решение о предоставлении страхового покрытия. См. **раздел F2**.

2. Мы не одобрили медицинское обслуживание, которое хочет предоставить ваш врач или другой поставщик медицинских услуг, а вы считаете, что мы должны это сделать.

Что вы можете сделать: вы можете подать апелляцию на наше решение. См. **раздел F3**.

3. Вы получили медицинское обслуживание, расходы на которое, по вашему мнению, мы покрываем, но мы не будем его оплачивать.

Что вы можете сделать: вы можете подать апелляцию на решение плана, по которому в оплате было отказано. См. **раздел F5**.

4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, расходы на которое, по вашему мнению, мы должны покрыть, и хотите, чтобы мы возместили расходы.

Что вы можете сделать: вы можете подать запрос о компенсации. См. **раздел F5**.

5. Мы сократили или прекратили ваше покрытие определенного медицинского обслуживания, и вы считаете, что наше решение может нанести вред вашему здоровью.



Что вы можете сделать: вы можете подать апелляцию на наше решение об уменьшении или прекращении медицинского обслуживания. См. **раздел F4**.

- Если покрытие касается больничного лечения, медицинского обслуживания на дому, ухода в учреждениях квалифицированной сестринской помощи или комплексном амбулаторном реабилитационном учреждении CORF, к ним применяются специальные правила. Обратитесь к **разделу H** или **разделу I**, чтобы узнать подробности.
 - Во всех других ситуациях, связанных с сокращением или прекращением вашего покрытия определенного медицинского обслуживания, используйте данный раздел (**раздел F**) в качестве руководства.
6. Вы сталкиваетесь с задержками в оказании медицинского обслуживания или не можете найти врача.

Что вы можете сделать: вы можете подать жалобу. См. **раздел K2**.

F2. Подача запроса на решение о предоставлении страхового покрытия

Когда решение о предоставлении страхового покрытия касается вашего медицинского обслуживания, оно называется **решением интегрированной организации**.

Вы, ваш врач или ваш представитель можете запросить решение о предоставлении страхового покрытия следующим образом:

- по телефону: 1-833-522-3767, ТТУ: 711;
- по факсу: 1-213-438-5748;
- по почте:

Attn: Member Appeals and Grievances Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

Стандартное решение о предоставлении страхового покрытия

При предоставлении решения мы используем «стандартные» сроки, за исключением случаев, когда мы соглашаемся использовать «ускоренные» сроки. Стандартное решение о предоставлении страхового покрытия означает, что мы даем вам ответ в течение:



- **5 рабочих дней** после получения вашего запроса на **оказание медицинской услуги или предоставление товара, на которые распространяются наши правила предварительного разрешения.**
- **14 календарных дней** после получения вашего запроса на **оказание всех других медицинских услуг или предоставление всех других товаров.**
- **72 часов** после получения вашего запроса на **препарат по части В программы Medicare.**

Быстрое решение о предоставлении страхового покрытия

Юридический термин «быстрого решения о покрытии» — **«ускоренное вынесение решения».**

Если вам необходимо, чтобы мы приняли решение о предоставлении страхового покрытия вашего медицинского обслуживания, требующее быстрого ответа, попросите нас принять «быстрое решение о предоставлении страхового покрытия». Быстрое решение о предоставлении страхового покрытия означает, что мы предоставим ответ по следующим вопросам:

- **72 часа** после получения вашего запроса **на предоставление медицинской услуги или товара.**
- **24 часа** после получения вашего запроса **на препарат по части В программы Medicare.**

Для получения ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия вы должны соответствовать двум требованиям:

- Вы просите покрыть расходы на медицинские товары и/или услуги, которые вы **не получили**. Вы не можете получить ускоренное решение о предоставлении страхового покрытия, если вы просите о покрытии товара или услуг, которые вы уже получили.
- Если рассмотрение в стандартные сроки **может причинить серьезный вред вашему здоровью** или нарушить функции вашего организма.

Мы автоматически принимаем быстрое решение о предоставлении страхового покрытия, если ваш врач сообщит, что это необходимо для вашего здоровья. Если вы обращаетесь без поддержки врача, мы принимаем решение о том, получите ли вы быстрое решение о предоставлении страхового покрытия.



- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не соответствует требованиям для принятия быстрого решения о предоставлении страхового покрытия, мы отправим вам письмо с соответствующим уведомлением и будем руководствоваться стандартными сроками. В письме будет сказано:
 - Мы автоматически выносим быстрое решение о предоставлении страхового покрытия, если ваш врач запросит его.
 - Как подать «быструю жалобу» на наше решение предоставить вам стандартное решение о предоставлении страхового покрытия вместо принятия быстрого решения о предоставлении страхового покрытия. Дополнительную информацию о подаче жалобы, в том числе быстрой жалобы, см. в **разделе К**.

Если мы ответим отрицательно на ваш запрос или на его часть, мы отправим вам письмо с объяснением причин.

- Если мы ответим **отрицательно**, вы имеете право подать апелляцию. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, подача апелляции является официальным способом обратиться к нам с просьбой пересмотреть решение и изменить его.
- Если вы решите подать апелляцию, вы перейдете на 1-й уровень процесса апелляции (см. **раздел F3**).

В ограниченных случаях мы можем отклонить ваш запрос на получение решения о предоставлении страхового покрытия. Это означает, что мы не будем рассматривать ваш запрос. Примеры случаев, когда запрос будет отклонен:

- если запрос неполный,
- если кто-то подает запрос от вашего имени, но не имеет на это законных полномочий, **либо**
- если вы попросите отозвать свой запрос.

Если мы отклоним запрос на принятие решения о предоставлении страхового покрытия, мы отправим уведомление с объяснением причин отклонения запроса и информацией о том, как подать апелляцию на отклонение. Этот обзор называется апелляцией. Апелляции рассматриваются в следующем разделе.

F3. Подача апелляции уровня 1

Чтобы начать подачу апелляции, вы, ваш врач или ваш уполномоченный представитель должны связаться с нами. Звоните по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни).



Подайте стандартную апелляцию или быструю апелляцию в письменном виде или по телефону 1-833-522-3767 (TTY: 711) ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни).

L.A. Care Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
1200 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Если ваш врач или лицо, выписывающее препарат, просит продолжить предоставление услуги или товара, которые вы уже получаете во время обжалования, вам может потребоваться назначить их своим представителем, который будет действовать от вашего имени.
- Если апелляцию от вашего имени подает не ваш врач, приложите форму «Назначение представителя», которая наделяет этого человека полномочиями представлять вас. Вы можете получить бланк, посетив страницу www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или наш веб-сайт medicare.lacare.org.
- Мы можем принять запрос на подачу апелляции без формы, но не сможем начать или завершить рассмотрение до ее получения. Если мы не получим форму до срока принятия решения по вашей апелляции:
 - мы отклоним ваш запрос и
 - отправим вам письменное уведомление, объясняющее ваше право просить IRO пересмотреть наше решение об отклонении вашей апелляции.
- Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней с даты, указанной в письме, которое мы отправили вам с уведомлением о нашем решении.
- При несоблюдении этого срока по уважительной причине вам могут предоставить дополнительное время для подачи апелляции. Примерами уважительных причин могут служить такие обстоятельства, как серьезное заболевание или предоставление неверной информации о сроке подачи апелляции. Объясните причину опоздания при подаче апелляции.
- Вы имеете право запросить у нас бесплатный экземпляр информации, касающейся вашей апелляции. Вы и ваш врач можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку апелляции.



Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, следует подать запрос на быструю апелляцию.

Юридический термин «быстрой апелляции» — **«ускоренное повторное рассмотрение»**.

- Если вы подали апелляцию на наше решение о покрытии расходов на медицинское обслуживание, вы и (или) ваш врач можете запросить ускоренное рассмотрение апелляции.

Мы автоматически предоставим вам быструю апелляцию, если ваш врач сообщит нам, что ваше здоровье не терпит отлагательств. Если вы обращаетесь без поддержки врача, мы принимаем решение о возможности быстрого рассмотрения апелляции.

- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не соответствует требованиям для быстрого рассмотрения апелляции, мы отправим письмо с соответствующим уведомлением и будем руководствоваться стандартными сроками. В письме будет сказано:
 - Мы автоматически предоставим вам быстрое рассмотрение апелляции, если об этом попросит ваш врач.
 - Как подать «быструю жалобу» на наше решение предоставить вам стандартное рассмотрение апелляции вместо быстрого рассмотрения апелляции. Дополнительную информацию о подаче жалобы, в том числе быстрой жалобы, см. в **разделе К**.

В случае уведомления о прекращении или сокращении количества предоставляемых вам услуг или товаров, вы можете продолжить получать эти услуги или товары на время рассмотрения вашей апелляции.

- Если мы решим изменить или прекратить покрытие получаемой вами услуги или товара, мы отправим вам уведомление до того, как предпринять действие.
- Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию 1-го уровня.
- Мы продолжим покрытие услуги или товара, если вы подадите апелляцию 1-го уровня в течение 10 календарных дней с даты получения нашего письма или до предполагаемой даты вступления в силу меры, в зависимости от того, что наступит позднее.



- Если вы не нарушите этот срок, вы получите услугу или товар без изменений, пока ваша апелляция 1-го уровня находится на рассмотрении.
- Вы также получите все другие услуги или товары (которые не являются предметом вашей апелляции) без изменений.
- Если вы не подадите апелляцию до этих дат, то предоставление услуг или товаров будет приостановлено на время ожидания решения по вашей апелляции.

Мы рассмотрим апелляцию и предоставим ответ.

- При рассмотрении апелляции мы еще раз внимательно изучим всю информацию о вашем запросе на покрытие медицинского обслуживания.
- Мы проверим соблюдение всех правил при **отклонении** вашего запроса.
- При необходимости мы собираем дополнительную информацию. Для получения дополнительной информации мы можем связаться с вами или лечащим врачом.

Для быстрой апелляции предусмотрены сроки.

- При ускоренном сроке рассмотрения мы обязаны предоставить ответ **в течение 72 часов после получения вашей апелляции или раньше, если состояние вашего здоровья требует более оперативного реагирования.** Мы предоставим наш ответ быстрее, если этого требует состояние вашего здоровья.
- Если вы не получите ответ в течение 72 часов, мы будем вынуждены направить запрос на второй уровень процесса рассмотрения апелляций. Затем его проверка осуществляется IRO. Далее в данной главе приводится информация об этой организации и объясняется процесс рассмотрения апелляций 2-го уровня. Если ваша проблема связана с покрытием услуги или товара программы Medicaid, вы можете самостоятельно подать заявление на 2-й уровень — слушание на уровне штата, как только время истечет. В Калифорнии слушание на уровне штата называется «слушание на уровне штата». Чтобы подать заявление на слушание на уровне штата, см. раздел «*Слушание на уровне штата*» данного справочника, если это применимо.
- **Если мы ответим положительно на ваш запрос или его часть,** мы должны разрешить или предоставить покрытие, на которое мы согласились, в течение 72 часов после получения апелляции, или еще раньше, если этого требует ваше здоровье.



- Если мы отклоним часть или весь ваш запрос, мы направим апелляцию в IRO для рассмотрения на 2-м уровне.

Для стандартной апелляции предусмотрены сроки.

- При использовании стандартных сроков мы должны предоставить ответ **в течение 30 календарных дней** после получения вашей апелляции о покрытии услуг, которые вы не получили.
- Если ваш запрос касается препаратов, предоставляемых по части D по программе Medicare, которые вы не получили, **мы предоставим ответ в течение 7 календарных дней** после получения апелляции или раньше, если это необходимо по состоянию вашего здоровья.
 - Если мы не предоставим ответ до установленного срока, мы будем вынуждены направить запрос на второй уровень рассмотрения апелляции. Затем его проверка осуществляется IRO. Далее в данной главе приводится информация об этой организации и объясняется процесс рассмотрения апелляций 2-го уровня. Если ваша проблема связана с покрытием услуги или товара программы Medicaid, вы можете самостоятельно подать заявление на 2-й уровень — слушание на уровне штата, как только время истечет. В Калифорнии слушание на уровне штата называется «слушание на уровне штата». Чтобы подать заявление на слушание на уровне штата, см. раздел «Слушание на уровне штата» *данного справочника участника*, если это применимо.

Если мы предоставим положительный ответ на часть или весь ваш запрос, мы должны разрешить или предоставить покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 30 календарных дней с даты получения запроса на апелляцию или настолько быстро, насколько это требует состояние вашего здоровья, и в течение 72 часов с даты изменения нашего решения, либо в течение 7 календарных дней с даты получения вашей апелляции, если ваш запрос касается препаратов, предоставляемых по части D по программе Medicare.

В случае отрицательного ответа на часть или весь запрос у вас есть дополнительные права на подачу апелляции:

- Если мы ответим **отрицательно** на ваш запрос или его часть, мы отправим вам письмо с уведомлением.
- Если ваша проблема касается покрытия услуги или товара в рамках программы Medicare, в письме будет указано, что мы направили ваше дело в IRO для рассмотрения апелляции 2-го уровня.



- Если ваша проблема касается услуги или товара, предоставляемых в рамках программы Medi-Cal, в письме будет сказано, как вы можете подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно.

F4. Подача апелляции уровня 2

При вынесении **отрицательного** решения в отношении части или всей апелляции 1-го уровня мы отправим письмо. В этом письме указано, покрывает ли программа Medicare, Medi-Cal или обе программы стоимость услуги или товара.

- Если ваша проблема касается услуги или предмета, которые обычно покрываются программой **Medicare**, мы автоматически направляем ваше дело на второй уровень рассмотрения апелляции, как только будет завершено рассмотрение апелляции первого уровня.
- Если ваша проблема касается услуги или предмета, которые обычно покрываются программой **Medi-Cal**, вы можете самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. В письме указано, как это сделать. Более подробная информация приведена далее в этой главе.
- Если ваша проблема касается услуги или предмета, которые могут быть покрыты **как программой Medicare, так и программой Medi-Cal**, вы автоматически получаете право на апелляцию 2-го уровня в IRO. В дополнение к автоматической апелляции 2-го уровня, вы также можете обратиться в органы штата с просьбой о проведении слушания на уровне штата и независимой медицинской экспертизы. Однако независимая медицинская экспертиза не проводится, если вы уже представили доказательства в слушании на уровне штата.

Если вы имели право на продолжение получения льгот при подаче апелляции 1-го уровня, ваши льготы на услуги, предметы или препараты, по которым подана апелляция, могут также продолжаться на 2-м уровне. См. **раздел F3** для получения информации о продолжении получения льгот на 1-м уровне апелляции.

- Если ваша проблема касается услуги, которая обычно покрывается только программой Medicare, ваши льготы на эту услугу не продолжают действовать во время процесса рассмотрения апелляции 2-го уровня в IRO.
- Если ваша проблема касается услуги, которая обычно покрывается только программой Medi-Cal, ваши льготы на эту услугу будут продолжены, если вы подадите апелляцию 2-го уровня в течение 10 календарных дней после получения нашего письма с решением.



Если ваша проблема касается услуги или товара, которые обычно покрываются программой Medicare,

апелляция рассматривается IRO. Это независимая организация, нанятая в рамках программы Medicare.

Официальное название **Независимая организация по пересмотру** (IRO) — Орган по независимому пересмотру решений, а иногда ее называют просто **IRE**.

- Эта организация не связана с нашим планом и не является правительственной организацией. Специалисты программы Medicare выбрали компанию в качестве IRO, а Medicare контролирует ее работу.
- Мы направляем информацию о вашей апелляции (ваше «дело») в эту организацию. Вы имеете право запросить копию материалов вашего дела.
- Вы имеете право предоставить IRO дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.
- Эксперты IRO внимательно изучат всю информацию по апелляции.

Если у вас была быстрая апелляция 1-го уровня, у вас также будет быстрая апелляция 2-го уровня.

- Если вы подали быструю апелляцию 1-го уровня, вы автоматически получаете быструю апелляцию 2-го уровня. IRO должен дать вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня в **течение 72 часов** с момента получения вашей апелляции.

Если у вас была стандартная апелляция 1-го уровня, у вас также есть стандартная апелляция 2-го уровня.

- Если вы подали стандартную апелляцию 1-го уровня, вы автоматически получаете стандартную апелляцию 2-го уровня.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, IRO должен предоставить ответ на вашу апелляцию 2-го уровня в **течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
- Если ваш запрос касается препаратов, предоставляемых по части D по программе Medicare, IRO должна предоставить ответ на апелляцию 2-го уровня в **течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.



Если IRO предоставит письменный ответ с объяснением причин.

- **Если IRO предоставляет положительный ответ на часть или весь запрос на предоставление медицинского товара или услуги, мы обязаны незамедлительно исполнить это решение:**
 - разрешить покрытие расходов на медицинское обслуживание **в течение 72 часов;**
 - предоставить услугу в течение **5 рабочих дней** после получения решения IRO по **стандартным запросам;**
 - предоставить услугу **в течение 72 часов** с момента получения решения IRO по **ускоренным запросам.**
- **Если IRO предоставляет положительный ответ на часть или весь запрос на препараты, предоставляемые по части D по программе Medicare, мы обязаны разрешить или предоставить препараты, предоставляемые по части D по программе Medicare, которые являются предметом спора:**
 - **в течение 72 часов** после получения решения IRO по **стандартным запросам;**
 - **в течение 24 часов** с момента получения решения IRO по **ускоренным запросам.**
- **Если IRO отклонит часть или всю вашу апелляцию, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны утверждать ваш запрос (или часть вашего запроса) на покрытие расходов на медицинское обслуживание. Это называется «подтверждение решения» или «отклонение вашей апелляции».**
 - Если ваше дело соответствует требованиям, вы выбираете, хотите ли вы продолжить подачу апелляции.
 - После 2-го уровня в процессе апелляции есть три дополнительных уровня, всего пять уровней.
 - Если ваша апелляция 2-го уровня была отклонена и вы соответствуете требованиям для продолжения процесса апелляции, вам необходимо решить, переходить ли к 3-му уровню и подавать третью апелляцию. Подробная информация об этом содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после подачи апелляции 2-го уровня.



- Судья по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) или адвокат-арбитр рассматривает апелляцию 3-го уровня. См. **раздел J** для получения дополнительной информации об апелляциях уровня 3, 4 и 5.

Когда ваша проблема связана с услугой или товаром, которые обычно покрываются программой Medi-Cal

Есть два способа подать апелляцию 2-го уровня по поводу услуг и товаров программы Medi-Cal: (1) подать жалобу или потребовать проведения независимой медицинской экспертизы, или (2) потребовать проведения слушания на уровне штата.

(1) Департамент организованного медицинского обслуживания (DMHC)

Проведением независимой медицинской экспертизы (IMR) занимается справочный центр при DMHC. Если вы подадите жалобу, DMHC рассмотрит наше решение. DMHC проведет собственное расследование вашей жалобы или примет решение о том, подпадает ли данный случай под процедуру IMR. IMR может быть проведена по поводу любой услуги или товара, покрываемых программой Medi-Cal, которые имеют отношение к медицине. IMR — это рассмотрение вашего дела экспертами, не входящими в сеть нашего плана и не относящимися к DMHC. Если решение IMR будет принято в вашу пользу, мы обязаны предоставить вам запрошенную вами услугу или товар. IMR проводится бесплатно для вас.

Вы можете подать жалобу или подать заявку на IMR, если наш план:

- отказывает, вносит изменения или откладывает предоставление услуги или лечения по программе Medi-Cal, поскольку план не считает их необходимыми по медицинским показаниям;
- не оплачивает экспериментальное или исследовательское лечение, предоставляемое в рамках программы Medi-Cal в отношении серьезного заболевания;
- споры о том, носили ли оперативные вмешательства или процедуры косметический или реконструктивный характер;
- не оплачивает услуги скорой или неотложной помощи, предоставляемые в рамках программы Medi-Cal, которые уже получены;
- не удовлетворил вашу апелляцию 1-го уровня в отношении услуги, предоставляемой в рамках программы Medi-Cal, в течение 30 календарных дней в случае стандартной апелляции или в течение 72 часов, или в более короткие сроки, если это требуется по состоянию вашего здоровья, в случае ускоренной апелляции.



В большинстве случаев вам необходимо подать апелляцию нам, прежде чем запрашивать IMR. Информацию о процедуре подачи апелляции 1-го уровня см. в **разделе F3**. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать жалобу в DMHC или попросить о проведении IMR в справочном центре DMHC.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если ваш поставщик медицинских услуг подал за вас апелляцию, но мы не получили от вас форму о назначении представителя, вам нужно будет повторно подать апелляцию нам, прежде чем вы сможете подать заявку на проведение IMR 2-го уровня в Департамент управляемого медицинского обслуживания, если только ваша апелляция не предполагает непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью, включая, помимо прочего, сильную боль, потенциальную потерю жизни, конечностей или основных функций организма.

Вы имеете право запросить IMR и слушание на уровне штата, но вы не имеете права на IMR, если вы уже представили доказательства на слушании на уровне штата или уже прошли слушание на уровне штата по тому же вопросу.

Если Вам отказали в лечении по причине его экспериментального или исследовательского характера, Вы не обязаны обращаться к процедуре урегулирования апелляции плана перед подачей запроса о проведении IMR.

Если ваша проблема является срочной и касается непосредственной и серьезной угрозы вашему здоровью, а также если вы страдаете сильной болью, вы можете немедленно довести это до сведения DMHC, не прибегая к процессу подачи апелляции.

Вы должны **подать заявку на IMR в течение 6 месяцев** после того, как мы отправим вам письменное решение по вашей апелляции. DMHC может принять ваше заявление по истечении 6 месяцев, если у вас есть уважительные причины, например, если у вас было заболевание, из-за которого вы не смогли запросить IMR в течение 6 месяцев, или вы не получили от нас надлежащего уведомления о процессе IMR.

Чтобы подать жалобу или запросить IMR:

- Заполните форму IMR/жалобы, доступную по адресу: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx, или позвоните в службу поддержки DMHC по номеру 1-888-466-2219. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-688-9891.
- Если у вас есть копии писем или других документов, связанных с услугой или принадлежностью, в предоставлении которого вам было отказано, приложите их к заявлению. Возможно, это ускорит процедуру IMR. Отправляйте копии документов, а не оригиналы. Справочный центр не может возвращать какие-либо документы.



- Заполните бланк назначения уполномоченного помощника, если кто-либо помогает вам в процессе IMR. Бланк можно найти здесь: www.dmhca.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx. Вы также можете позвонить в справочный центр Департамента по телефону 1-888-466-2219. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-688-9891.
- Отправьте форму IMR/жалобу и все приложения в DMHC: Отправьте онлайн: www.dmhca.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Отправьте по почте или по факсу:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС: 916-255-5241

В течение 7 дней DMHC рассмотрит вашу заявку и отправит вам письмо с подтверждением получения. Если DMHC определит, что дело подлежит рассмотрению в рамках IMR, решение по IMR будет принято в течение 30 дней после получения всех необходимых документов.

Если ваш случай является срочным и вы имеете право на IMR, решение по IMR обычно принимается в течение 7 дней после получения всех необходимых документов.

Если вы не удовлетворены результатом IMR, вы по-прежнему можете подать запрос о проведении слушания на уровне штата.

IMR может занять больше времени, если DMHC не получит все необходимые медицинские данные от вас или вашего лечащего врача. Если вы пользуетесь услугами врача, не входящего в сеть вашего плана медицинского страхования, важно, чтобы вы получили от этого врача и отправили нам свои медицинские данные. Ваш план медицинского страхования обязан получать копии ваших медицинских записей от врачей, состоящих в сети.

Если DMHC примет решение, что дело не подходит по критериям на проведение IMR, департамент изучит его в обычном порядке рассмотрения жалоб потребителей. Ваша жалоба должна быть решена в течение 30 календарных дней с момента подачи заполненного заявления. Если ваша жалоба срочная, она будет рассмотрена раньше.



(2) Слушание на уровне штата

Если речь идет об услуге или товаре, которые покрываются по программе Medi-Cal, вы можете запросить проведение слушания на уровне штата. Если ваш врач или другой поставщик услуг подаст запрос на услугу или товар, которые мы не одобрим, или мы перестанем оплачивать уже получаемую услугу или товар, и мы дали отрицательный ответ в отношении апелляции 1-го уровня, вы имеете право подать запрос на проведение слушания на уровне штата.

В большинстве случаев **у вас есть 120 дней, чтобы подать запрос на проведение слушания на уровне штата** после того, как вам будет отправлено уведомление «Решение по апелляции».

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы просите о проведении слушания на уровне штата в связи с тем, что мы сообщили вам, что получаемое вами сейчас обслуживание будет изменено или прекращено, **у вас будет меньше времени на подачу запроса**, если вы хотите продолжать получать данное обслуживание в ожидании слушания на уровне штата. Более подробную информацию можно прочитать в разделе «Смогу ли я продолжать пользоваться льготами во время рассмотрения апелляции 2-го уровня» на стр. 16.

Существует два способа подачи запроса на проведение слушания на уровне штата:

1. Вы можете заполнить бланк «Заявление о проведении слушания на уровне штата» на обратной стороне уведомления о предпринятом действии. Вы должны указать всю необходимую информацию: полное имя и фамилию, адрес, номер телефона, название плана или округа, которые приняли решение относительно Вашего дела, используемую программу (программы) помощи и детальное описание причины для проведения слушания. Затем Вы можете подать заявление одним из следующих способов:
 - в управление социального обеспечения округа по адресу, указанному на уведомлении;
 - в Департамент социального обеспечения штата Калифорния:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430;
 - в Отделение по слушаниям дел на уровне штата по факсу 916-309-3487 или бесплатному телефону 1-833-281-0903.
2. Вы можете позвонить в Департамент социального обеспечения штата Калифорния по телефону 1-800-743-8525. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-800-952-8349. Если вы решите подать запрос о проведении слушания на уровне штата по телефону, помните, что телефонные линии очень загружены.



Если вы все равно не согласны с этим решением, вы можете:

* Запросить проведение независимой медицинской экспертизы, и ваш случай будет рассмотрен внешним экспертом, не имеющим отношения к плану медицинского страхования.

* Запросить проведение слушания на уровне штата, и судья рассмотрит ваше дело.

Вы можете попросить одновременного проведения независимой медицинской экспертизы и слушания на уровне штата. Вы также можете просить о проведении одного из мероприятий прежде другого, если считаете, что так ваша проблема будет решена быстрее. Например, если вы просили о проведении независимой медицинской экспертизы, но не согласны с вынесенным решением, вы сможете попросить о проведении слушания на уровне штата. Однако если вы сначала попросите о слушании на уровне штата, и оно уже состоялось, то вы больше не сможете просить о проведении независимой медицинской экспертизы. В этом случае решение по результатам слушания на уровне штата является окончательным.

Вы не обязаны платить за проведение независимой медицинской экспертизы или слушания на уровне штата.

НЕЗАВИСИМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Если вы хотите, чтобы была проведена независимая медицинская экспертиза, вы должны подать запрос в течение 180 дней с даты, указанной в настоящем извещении о принятом решении по апелляции. В приведенном ниже параграфе содержится информация о том, как запросить проведение независимой медицинской экспертизы. Обратите внимание, что термин «жалоба» относится как к «претензиям», так и к «апелляциям».

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния регулирует деятельность планов по услугам здравоохранения. Если у вас есть претензия в отношении вашего плана медицинского страхования, прежде чем связаться с департаментом, сначала вам следует позвонить в свой план медицинского страхования по телефону **1-888-839-9909** и воспользоваться предусмотренной планом процедурой подачи претензии. Применение данной процедуры подачи претензии не запрещает использование любых других доступных вам юридических прав или средств правовой защиты. Если вам требуется помощь в отношении претензии, касающейся экстренной ситуации, претензии, которая не была удовлетворительно разрешена вашим планом медицинского страхования, или претензии, которая не была разрешена в течение более 30 дней, вы можете позвонить в департамент для получения помощи. Возможно, вы также имеете право на проведение независимой



медицинской экспертизы (IMR). Если у вас есть право на проведение IMR, в ходе IMR будет проведен объективный анализ медицинских решений, вынесенных планом медицинского страхования в отношении необходимости в требуемой услуге или лечении с медицинской точки зрения, решений о страховом покрытии экспериментальных и исследовательских по своему характеру видов лечения, а также споров по оплате за услуги неотложной или скорой медицинской помощи. В департаменте также есть бесплатный номер телефона (**1-888-466-2219**) или номер линии TDD (**1-877-688-9891**) для участников с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте департамента по адресу **www.dmh.ca.gov** есть бланки для подачи жалоб, формы заявления на проведение IMR и инструкции по их заполнению».

СЛУШАНИЕ НА УРОВНЕ ШТАТА

Если вы хотите, чтобы было проведено слушание на уровне штата, вы должны подать запрос в течение 120 дней с даты, указанной в настоящем извещении о принятом решении по апелляции. Однако если ваш план медицинского страхования продолжает предоставлять вам оспариваемое обслуживание (оплата услуг в ожидании решения) в ходе апелляции в план медицинского страхования, и вы хотите продолжать получать обслуживание до тех пор, пока на слушании на уровне штата не будет вынесено решение, вы обязаны подать запрос на проведение слушания на уровне штата в течение 10 дней с момента получения настоящего извещения о принятом решении по апелляции. Хотя ваш план медицинского страхования обязан предоставить оплату услуг в ожидании решения, когда вы подаете запрос на проведение слушания на уровне штата в данных обстоятельствах, вам следует сообщить в свой план медицинского страхования, что вы хотите получить помощь в рамках оплаты услуг в ожидании решения, которое будет вынесено в ходе слушания на уровне штата. Вам следует позвонить в отдел обслуживания участников плана L.A. Care по телефону 1-888-839-9909 ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни). Если вы плохо слышите или не можете говорить, позвоните на линию TTY 711.

Вы можете подать запрос на проведение слушания на уровне штата следующим образом:

* Онлайн: www.cdss.ca.gov.

* По телефону: 1-800-743-8525. Номер может быть занят. Вы можете услышать сообщение с просьбой позвонить позже. Если вы плохо слышите или не можете говорить, позвоните на линию TTY/TDD 1-800-952-8349.

* В письменном виде: заполните бланк заявления на проведение слушания на уровне штата или напишите письмо. Письмо можно отправить по почте или факсу:



По почте: California Department of Social Services

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

Факс: (916) 309-3487 или номер для бесплатного звонка: 1-833-281-0903

Если вам необходимы услуги переводчика, сообщите в отделение по слушаниям дел на уровне штата, на каком языке вы говорите. Услуги переводчика бесплатны. Отделение по слушаниям дел на уровне штата наймет для вас переводчика. Если вы — участник с ограниченными возможностями, отделение по слушаниям дел на уровне штата бесплатно предоставит вам условия, необходимые для вашего участия в слушании. Пожалуйста, укажите информацию о наличии у вас ограниченных возможностей и о том, какие условия вам необходимы.

После подачи запроса о проведении слушания на уровне штата, рассмотрение вашего дела и извещение о принятом решении будет осуществлено в течение 90 дней. Если вы считаете, что столь долгое ожидание может пагубно сказаться на вашем здоровье, вы можете получить ответ в течение 3 рабочих дней. Попросите своего врача или план медицинского страхования написать письмо для вас. В письме должно быть подробно объяснено, каким образом ожидание в течение срока до 90 дней, пока будет приниматься решение по вашему делу, поставит под угрозу вашу жизнь, здоровье или способность обрести, поддержать или восстановить максимальную деятельность. Далее подайте запрос о проведении «ускоренного слушания» и приложите к нему данное письмо.

Во время слушания на уровне штата вы можете представлять сами себя. Вы также можете попросить родственника, друга, защитника ваших интересов, врача или своего адвоката выступать от вашего имени. Если вы желаете, чтобы кто-то выступал от вашего имени, вы должны сообщить в отделение по слушаниям дел на уровне штата, что данное лицо имеет право представлять ваши интересы. Такое лицо называется «уполномоченный представитель».

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Возможно, вы имеете право на бесплатную юридическую помощь. Позвоните в Департамент защиты прав потребителей и бизнеса округа Лос-Анджелес по телефону 1-800-593-8222. Вы также можете позвонить в местное Общество юридической помощи в своем округе по номеру 1-888-804-3536.

Отделение по слушаниям дел на уровне штата предоставит вам письменное решение с объяснением причин.

- Если отделение по слушаниям дел на уровне штата **удовлетворит** часть или весь запрос на предоставление медицинского товара или услуги, мы должны разрешить или предоставить услугу или товар **в течение 72 часов** после получения их решения.



- Если отделение по слушаниям дел на уровне штата **отклонит** часть или всю вашу апелляцию, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны утверждать ваш запрос (или часть вашего запроса) на покрытие расходов на медицинское обслуживание. Это называется «подтверждение решения» или «отклонение вашей апелляции».

Если решение IRO или слушания на уровне штата по всему или части вашего запроса является **отрицательным**, у вас есть дополнительные права на подачу апелляции.

Если ваша апелляция 2-го уровня была направлена в **IRO**, вы можете снова подать апелляцию только, если стоимость услуги или предмета в долларах соответствует минимальному установленному уровню. ALJ или третейский судья рассматривает апелляцию 3-го уровня. **IRO направит вам письмо с объяснением дополнительных прав на подачу апелляции.**

В письме, которое вы получите от отделения по слушаниям дел на уровне штата, будет указан следующий вариант подачи апелляции.

Дополнительную информацию о ваших правах на подачу апелляции после 2-го уровня см. в **разделе J**.

F5. Проблемы с оплатой

Мы не разрешаем входящим в сеть поставщикам услуг выставлять счета за покрываемые планом услуги или товары непосредственно вам. Это относится даже к тем случаям, когда мы платим поставщику меньше, чем указано в счете за оказанную услугу. Вы никогда не будете обязаны платить по счетам. Единственная сумма, которую от вас могут потребовать, это доплата за услуги, товары и/или препараты, требующие доплаты.

Если вы получили счет, сумма которого превышает вашу долю в совместной оплате за покрываемые услуги и товары, отправьте его нам. Не оплачивайте счет самостоятельно. Мы свяжемся с поставщиком услуг напрямую и решим проблему. При оплате счета вы можете получить возмещение от нашего плана, если вы соблюдали правила получения услуг или товаров.

См. **главу 7 справочника участника** для получения дополнительной информации. В нем указаны ситуации, в которых вам может потребоваться обратиться к нам с просьбой вернуть денежные средства или оплатить счет, полученный от поставщика услуг. В ней также указано, как отправить нам документы с запросом об оплате.

Если запрос касается возмещения расходов, вы просите принять решение о предоставлении страхового покрытия. Мы проверим, подлежит ли оплаченная вами услуга или товар покрытию, а также проверим, соблюдали ли вы все правила использования страхового покрытия.



- Если оплаченная услуга или товар покрываются страховкой и вы соблюдали все правила, мы выплатим свою часть стоимости услуги или товара, как правило, в течение 30 календарных дней, но не позднее 60 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если вы еще не заплатили за услуги или товар, мы отправим оплату непосредственно поставщику услуг. Когда мы производим оплату, это значит, что решение о предоставлении страхового покрытия было принято **в вашу пользу**.
- Если услуга или товар не покрываются страхованием, или вы не выполнили все правила, мы отправим письмо, в котором укажем, что не будем оплачивать услугу или товар, и объясним причины.

Если вы не согласны с нашим решением об отказе в выплате, **вы можете подать апелляцию**. Процесс подачи апелляций изложен в **разделе F3**. Выполняя указания, помните:

- Если вы подаете апелляцию с просьбой вернуть денежные средства, мы должны предоставить ответ в течение 30 календарных дней после получения апелляции.

Если ответ на апелляцию будет **отрицательным**, а услуга или товар обычно покрываются программой **Medicare**, мы направим ваше дело в IRO. В этом случае мы направим вам письмо.

- Если IRO отменит наше решение и скажет, что мы должны вам заплатить, мы обязаны предоставить оплату вам или поставщику услуг в течение 30 календарных дней. При принятии **положительного** решения на любом этапе рассмотрения апелляции после 2-го уровня мы обязаны отправить выплату вам или поставщику медицинских услуг в течение 60 календарных дней.
- Если IRO **отклонит** вашу апелляцию, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны утверждать ваш запрос. Это называется «подтверждение решения» или «отклонение вашей апелляции». Вы получите письмо с объяснением возможных дополнительных прав на подачу апелляции. Дополнительную информацию о дополнительных уровнях апелляции см. в **разделе J**.

Если мы **откажем** в удовлетворении апелляции, а услуга или товар обычно покрываются программой Medi-Cal, вы можете самостоятельно подать апелляцию 2-го уровня. См. дополнительную информацию в **разделе F4** этой главы.



Г. Препараты по части D по программе Medicare

Как участник нашего плана вы имеете льготы по покрытию многих препаратов. Большинство из них являются препаратами, включенными в часть D по программе Medicare. Есть несколько препаратов, которые не покрываются частью D по программе Medicare, но могут покрываться в рамках программы Medi-Cal. **Этот раздел относится только к апелляциям по части D** программы Medicare в отношении препаратов. В оставшейся части этого раздела мы будем говорить «препарат» вместо того, чтобы каждый раз говорить «препарат части D программы Medicare».

Чтобы попасть под покрытие страховкой, препарат должен применяться по соответствующим медицинским показаниям. Это означает, что препарат одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) или подкреплён определенной справочной медицинской литературой. Дополнительную информацию о признанных медицинских показаниях см. в **главе 5** настоящего справочника участника.

Г1. Решения о предоставлении страхового покрытия и апелляции в рамках части D по программе Medicare

Ниже приведены примеры решений о предоставлении страхового покрытия в отношении лекарственных препаратов, включенных в часть D по программе Medicare:

- Вы просите сделать исключение, в том числе:
 - о покрытии препарата по части D по программе Medicare, которого нет в списке препаратов нашего плана;
 - об отмене ограничения на предоставление страхового покрытия для лекарственного препарата (например, ограничения на количество, которое вы можете получить).
- Вы можете спросить, распространяется ли на препарат покрытие для вас (например, когда ваш препарат входит в перечень препаратов, но мы должны дать вам разрешение для его покрытия).

ПРИМЕЧАНИЕ. Если в аптеке сообщат вам, что ваш рецепт не может быть использован в том виде, в котором он выписан, аптека предоставит письменное уведомление с объяснением, как связаться с нами для получения решения о предоставлении страхового покрытия.

Первоначальное решение о предоставлении страхового покрытия на лекарственные препараты, включенные в часть D по программе Medicare, называется **«определением объема страхового покрытия»**.



- Вы можете попросить возместить затраты за уже приобретенный препарат. Это запрос решения о предоставлении страхового покрытия в отношении платежа.

Если вы не согласны с нашим решением о предоставлении страхового покрытия, вы можете его обжаловать. В данном разделе приведено описание порядка обращения за решением о предоставлении страхового покрытия и подачи апелляции. Воспользуйтесь приведенной ниже таблицей.

Какая из следующих ситуаций относится к вам?			
Вам нужен препарат, не включенный в наш список препаратов, или вы хотите, чтобы мы отменили какое-либо правило либо сняли ограничение на покрытие препарата.	Вы хотите, чтобы мы предоставили покрытие препарата, который входит в наш список препаратов, и вы считаете, что вы соответствуете всем правилам или ограничениям плана (например, получение предварительного разрешения) на требуемый препарат.	Вы хотите запросить компенсацию за уже полученный и оплаченный препарат.	Мы сообщили об отказе в покрытии расходов на лекарственный препарат в том виде, в котором вы этого хотите.
Вы можете подать запрос о предоставлении исключения. (Это тип решения о предоставлении страхового покрытия.)	Вы можете подать запрос о принятии решения о покрытии.	Вы можете подать запрос о компенсации. (Это тип решения о предоставлении страхового покрытия.)	Вы можете подать апелляцию. (Это означает, что вы запрашиваете пересмотр решения).
Начните с раздела G2 , после чего см. разделы G3 и G4.	См. раздел G4.	См. раздел G4.	См. раздел G5.



Г2. Исключения, касающиеся части D по программе Medicare

Если план не предоставляет желаемое покрытие препарата, вы можете просить о предоставлении исключения. Если мы отклоним запрос на исключение, вы можете обжаловать это решение.

При запросе на предоставление исключения ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, должны предоставить медицинское обоснование необходимости предоставления исключения.

Запрос на покрытие препарата, не включенного в наш *список препаратов*, или запрос на снятие ограничения на препарат иногда называют запросом на **«исключение, касающееся фармакологического справочника»**.

Ниже приведены некоторые примеры исключений, о которых вы, ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, можете попросить:

1. Покрытие расходов на лекарственный препарат, который не входит в наш *список лекарственных препаратов*

- Если мы согласны сделать исключение и покрыть расходы на лекарственный препарат, который не входит в наш список лекарственных препаратов, вам необходимо внести доплату, которая применяется к лекарственным препаратам 4-го уровня.
- Вы не можете получить исключение из требуемой суммы доли в совместной оплате за лекарственный препарат.

2. Снятие ограничения на покрываемый препарат

- На некоторые препараты, которые входят в наш список препаратов, распространяются дополнительные правила или ограничения (подробную информацию см. в **главе 5 справочника участника**).
- Дополнительные правила и ограничения определенных препаратов включают:
 - необходимость использования непатентованного аналога вместо патентованного препарата;
 - получение предварительного одобрения до того, как мы согласимся покрыть расходы на лекарственный препарат. Иногда это называется «предварительным разрешением (prior authorization, PA)».



- Необходимость сначала попробовать другой препарат, прежде чем мы согласимся покрыть стоимость запрашиваемого препарата. Иногда это называется «пошаговая терапия».
- Ограничения количества. Для некоторых лекарственных препаратов существуют ограничения на количество препарата, которое вы можете получить.

G3. Что важно знать о предоставлении исключений

Ваш врач или лицо, выписывающее препарат, должны предоставить нам медицинские обоснования.

Ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, должно предоставить нам заявление с объяснением медицинских причин, по которым запрашивается исключение. Для более быстрого принятия решения при обращении с просьбой об исключении предоставьте эту медицинскую информацию от вашего врача или другого лица, выписывающего препарат.

Как правило, в *списке препаратов* содержится несколько препаратов для лечения определенного заболевания. Они называются «альтернативными» препаратами. Если альтернативный препарат будет настолько же эффективным, что и препарат, о котором вы просите, и он не вызывает больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, как правило, мы **не** одобряем запрос на предоставление исключения. При обращении к нам с просьбой о исключении в отношении уровня препарата мы, как правило, **не одобряем** запрос на исключение, если все альтернативные лекарственные препараты, относящиеся к более низкому уровню с меньшей долей участия в расходах, не подходят вам или могут привести к возникновению нежелательных реакций или другого вреда.

Мы можем удовлетворить или отклонить ваш запрос.

- Если мы примем **положительное** решение в отношении запроса об исключении, как правило, оно будет оставаться в силе до конца календарного года, при условии, что ваш врач продолжит назначать данный препарат, и он окажется безопасным и эффективным средством для лечения Вашего заболевания.
- Если мы **отклоним** ваш запрос на исключение, вы можете подать апелляцию. В случае **отрицательного** ответа см. **раздел G5** для получения информации о подаче апелляции.

В следующем разделе рассказывается как попросить принять решение о предоставлении страхового покрытия, включая предоставление исключения.



G4. Как попросить о вынесении решения о предоставлении страхового покрытия, включая предоставление исключения

- Запросите желаемый тип решения о предоставлении страхового покрытия по телефону 1-833-522-3767 (TTY: 711) ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни), по почте или по факсу. Это можете сделать вы, ваш представитель или врач (или другое лицо, выписывающее препарат). Укажите свое имя, контактную информацию и информацию о страховом требовании.
- Запрос на получение решения о предоставлении страхового покрытия можете подать вы, ваш врач (или другое лицо, выписывающее препарат) или другое лицо, действующее от вашего имени. Также от вашего имени может выступать адвокат.
- Чтобы узнать, как назначить кого-либо своим представителем, см. **раздел E3**.
- Вам не нужно давать письменное разрешение своему врачу или другому лицу, выписывающему препарат, чтобы они запросили решение о предоставлении страхового покрытия от вашего имени.
- Если вы хотите подать запрос на возмещение расходов на лекарственные препараты, см. **главу 7** настоящего *справочника участника*.
- Если вы просите о исключении, предоставьте «подтверждающее заявление». В подтверждающем заявлении необходимо указать медицинские причины, по которым ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, просит сделать исключение.
- Ваш врач или другое лицо, выписывающее препарат, может отправить подтверждающее заявление по факсу или по почте. Они также могут сообщить нам по телефону, после чего отправить заявление по факсу или по почте.

Если это необходимо по состоянию здоровья, обратитесь к нам за «быстрым решением о предоставлении страхового покрытия».

Мы используем «стандартные сроки», если не согласовано использование «ускоренных сроков».

- Под **стандартным решением о предоставлении страхового покрытия** понимается ответ, который мы даем в течение 72 часов после получения заключения вашего врача.
- **Ускоренное принятие решения о предоставлении страхового покрытия** означает, что мы дадим вам ответ в течение 24 часов после получения заявления врача.



Юридический термин для «ускоренного решения о предоставлении страхового покрытия» — **«ускоренное определение объема страхового покрытия»**.

Вы можете получить решение о предоставлении страхового покрытия в ускоренные сроки, если:

- Это касается препарата, который вы еще не получили. Вы не можете просить об ускоренном принятии решения о предоставлении страхового покрытия, если вы просите вернуть вам деньги за уже купленный препарат.
- Ваше здоровье или способность функционировать могут серьезно пострадать, если мы будем использовать стандартные сроки.

Если лечащий врач или другое лицо, выписывающее препарат, сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует быстрого решения о предоставлении страхового покрытия, мы рассмотрим ваш запрос в соответствии с графиком быстрого решения о предоставлении страхового покрытия. Мы направим вам письмо с этой информацией.

- При запросе о предоставлении быстрого решения о предоставлении страхового покрытия без поддержки со стороны вашего врача или другого лица, выписывающего препарат, мы примем решение о предоставлении вам быстрого решения о предоставлении страхового покрытия.
- Если мы решим, что ваше состояние здоровья не соответствует требованиям для предоставления быстрого решения о предоставлении страхового покрытия, мы будем использовать стандартные сроки.
 - Мы отправим вам письмо с извещением, что мы будем рассматривать дело в стандартные сроки. В письме также указано, как подать апелляцию в отношении нашего решения.
 - Вы можете подать быструю жалобу и получить ответ в течение 24 часов. Дополнительную информацию о подаче жалоб, в том числе быстрых жалоб, см. в **разделе К**.

Сроки предоставления быстрого решения о предоставлении страхового покрытия

- При быстрых сроках рассмотрения апелляции ответ будет предоставлен в течение 24 часов после получения запроса. При запросе исключения ответ будет предоставлен в течение 24 часов после получения подтверждающего заявления от врача. Ответ будет предоставлен в более короткие сроки, если это необходимо по состоянию здоровья.



- Если решение не будет принято в установленный срок, запрос будет передан на 2-й уровень процесса подачи апелляций для рассмотрения IRO. Дополнительную информацию об апелляции 2-го уровня см. в **разделе G6**.
- В случае **положительного** решения на часть или весь запрос предоставление страхового покрытия осуществляется в течение 24 часов после получения запроса или подтверждающего заявления врача.
- Если мы ответим **отрицательно** на ваш запрос или на его часть, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также указано, как вы можете подать апелляцию.

Сроки принятия стандартного решения о предоставлении страхового покрытия в отношении не полученного лекарственного препарата

- При стандартном рассмотрении апелляции ответ будет предоставлен в течение 72 часов после получения запроса. При запросе исключения ответ будет предоставлен в течение 72 часов после получения подтверждающего заявления от врача. Ответ будет предоставлен в более короткие сроки, если это необходимо по состоянию здоровья.
- Если решение не будет принято в установленный срок, запрос будет передан на 2-й уровень процесса подачи апелляций для рассмотрения IRO.
- В случае **положительного** решения на часть или весь ваш запрос предоставление страхового покрытия осуществляется в течение 72 часов после получения запроса или подтверждающего заявления лечащего врача о необходимости исключения.
- Если мы ответим **отрицательно** на ваш запрос или на его часть, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также указано, как вы можете подать апелляцию.

Сроки принятия стандартного решения о предоставлении страхового покрытия в отношении уже приобретенного лекарственного препарата

- Ответ должен быть предоставлен в течение 14 календарных дней после получения запроса.
- Если решение не будет принято в установленный срок, запрос будет передан на 2-й уровень процесса подачи апелляций для рассмотрения IRO.



- В случае **положительного** решения на часть или весь запрос, возврат средств осуществляется в течение 14 календарных дней.
- **Если** мы ответим **отрицательно** на ваш запрос или на его часть, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также указано, как вы можете подать апелляцию.

Г5. Подача апелляции уровня 1

Апелляция в отношении решения о предоставлении страхового покрытия лекарственных препаратов, предусмотренных частью D по программе Medicare, называется **«повторным вынесением решения»**, предусмотренного планом.

- Начните **стандартную** или **быструю** апелляцию, позвонив по номеру 1-833-522-3767 (TTY: 711) — ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни) — или отправив нам письмо или факс. Это можете сделать вы, ваш представитель или врач (или другое лицо, выписывающее препарат). Укажите свое имя и фамилию, контактную информацию и информацию о вашей апелляции.
- Вы должны подать апелляцию **в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письме, которое мы отправили вам с уведомлением о нашем решении.
- При несоблюдении этого срока по уважительной причине вам могут предоставить дополнительное время для подачи апелляции. Примерами уважительных причин могут служить такие обстоятельства, как серьезное заболевание или предоставление неверной информации о сроке подачи апелляции. Объясните причину опоздания при подаче апелляции.
- Вы имеете право запросить у нас бесплатный экземпляр информации, касающейся вашей апелляции. Вы и ваш врач можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку апелляции.

Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, следует подать запрос на быструю апелляцию.

Быстрая апелляция также называется **«ускоренным повторным вынесением решения»**.

- Если в апелляции рассматривается решение, принятое в отношении не полученного вами лекарственного препарата, вы и ваш врач или



другое лицо, выписывающее препарат, должны решить, требуется ли ускоренное рассмотрение апелляции.

- Требования к быстрой апелляции такие же, как и к быстрому решению о предоставлении страхового покрытия. См. дополнительную информацию в **разделе G4** этой главы.

Мы рассмотрим апелляцию и предоставим ответ.

- Мы рассмотрим вашу апелляцию и еще раз внимательно изучим всю информацию о вашем запросе на страховое покрытие.
- Мы проверим соблюдение правил при **отклонении** вашего запроса.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим лицом, выписывающим препарат, для получения дополнительной информации.

Сроки быстрого рассмотрения апелляции 1-го уровня

- При соблюдении быстрых сроков рассмотрения апелляции ответ будет предоставлен в течение **72 часов** после получения апелляции.
 - Ответ будет предоставлен в более короткие сроки, если это необходимо по состоянию здоровья.
 - Если вы не получите ответ в течение 72 часов, мы будем вынуждены направить запрос на второй уровень процесса рассмотрения апелляций. Затем его проверяет IRO. Информацию об организации, осуществляющей пересмотр, и процессе подачи апелляций 2-го уровня см. в **разделе G6**.
- Если мы предоставим **положительный** ответ на часть или весь ваш запрос, мы обязаны предоставить страховое покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 72 часов после получения апелляции.
- Если мы ответим **отрицательно** на ваш запрос или на его часть, мы отправим вам письмо с объяснением причин и скажем, как вы можете подать апелляцию.

Сроки стандартного рассмотрения апелляции 1-го уровня

- При использовании стандартных сроков мы должны предоставить ответ **в течение 7 календарных дней** после получения апелляции в отношении не полученного лекарственного препарата.
- Решение будет принято в более короткие сроки, если вы не получили препарат, а состояние вашего здоровья требует его применения. Если



вы считаете, что состояние вашего здоровья не терпит отлагательств, попросите об ускоренной апелляции.

- Если мы не предоставим вам ответ в течение 7 календарных дней, ваш запрос будет передан на 2-й уровень подачи апелляций. Затем его проверяет IRO. Информацию об организации, осуществляющей пересмотр, и процессе подачи апелляций 2-го уровня см. в **разделе G6**.

При **положительном** ответе на часть или весь запрос:

- мы обязаны **предоставить согласованное покрытие** настолько быстро, насколько это необходимо для вашего здоровья, но **не позднее чем через 7 календарных дней** после получения апелляции;
- мы обязаны **отправить оплату** за приобретенный лекарственный препарат **в течение 30 календарных дней** после получения апелляции.

При **отрицательном** ответе на часть или весь запрос:

- мы направим письмо с объяснением причин и информацией о том, как можно подать апелляцию.
- Мы обязаны предоставить ответ о возмещении стоимости приобретенного лекарственного препарата **в течение 14 календарных дней** после получения апелляции.
 - Если мы не предоставим вам ответ в течение 14 календарных дней, ваш запрос будет передан на 2-й уровень подачи апелляций. Затем его проверяет IRO. Информацию об организации, осуществляющей пересмотр, и процессе подачи апелляций 2-го уровня см. в **разделе G6**.
- В случае **положительного** решения на часть или весь запрос, мы обязаны произвести выплату в течение 30 календарных дней после получения запроса.
- Если мы ответим **отрицательно** на ваш запрос или на его часть, мы отправим вам письмо с объяснением причин и скажем, как вы можете подать апелляцию.

G6. Подача апелляции уровня 2

Если мы **откажем** в удовлетворении апелляции 1-го уровня, вы можете согласиться с нашим решением или подать еще одну апелляцию. Если вы решите подать еще одну апелляцию, воспользуйтесь процедурой подачи апелляции 2-го уровня. **IRO** пересматривает наше решение, если при подаче первой апелляции было **отказано**. Организация решает, следует ли нам изменить наше решение.



Официальное название **Независимая организация по пересмотру (IRO)** — Орган по независимому пересмотру решений, а иногда ее называют просто **IRE**.

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы, ваш представитель, ваш врач или другое лицо, выписавшее рецепт, должны в **письменном виде** обратиться в IRO и попросить о рассмотрении ваше дело.

- Если мы ответим **отрицательно** на вашу апелляцию 1-го уровня, письмо, которое мы отправим вам, **будет содержать инструкции о том, как подать апелляцию 2-го уровня** в IRO. В инструкции будет указано, кто может подать апелляцию 2-го уровня, какие сроки вы должны соблюдать и как связаться с организацией.
- При подаче апелляции в IRO мы направляем собранную информацию об апелляции в соответствующую организацию. Данная информация называется «файл дела». **Вы имеете право запросить копию материалов вашего дела.** Если вам нужна помощь в запросе бесплатной копии материалов вашего дела, позвоните по (вставить соответствующий номер телефона).
- Вы имеете право предоставить IRO дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

IRO рассматривает апелляцию 2-го уровня по части D по программе Medicare и предоставляет письменный ответ. Дополнительную информацию об IRO см. в **разделе F4**.

Сроки быстрого рассмотрения апелляции 2-го уровня

Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, следует подать в IRO запрос на быструю апелляцию.

- В случае согласия на быструю апелляцию, IRO должны предоставить ответ **в течение 72 часов** после получения запроса на апелляцию.
- В случае **положительного** решения по части или по всему запросу, мы обязаны предоставить одобренное лекарственное средство **в течение 24 часов** после получения решения IRO.

Сроки стандартного рассмотрения апелляции 2-го уровня

При подаче стандартной апелляции 2-го уровня IRO в обязательном порядке предоставит ответ:

- **в течение 7 календарных дней** после получения апелляции в отношении не полученного лекарственного препарата;



- **в течение 14 календарных дней** после получения апелляции о возмещении стоимости приобретенного лекарственного препарата.

При **положительном** ответе IRO на часть или весь запрос:

- мы обязаны предоставить утвержденное покрытие лекарственного препарата **в течение 72 часов** после получения решения IRO;
- мы обязаны возместить стоимость приобретенного лекарственного препарата в течение 30 календарных дней после получения решения IRO.
 - Если IRO примет **отрицательное** решение по вашей апелляции, это значит, что она согласна с нашим решением отказать в удовлетворении вашего запроса. Это называется «подтверждение решения» или «отклонение вашей апелляции».

Если IRO примет **отрицательное** решение по апелляции 2-го уровня, вы имеете право подать апелляцию 3-го уровня, если стоимость лекарственного препарата, покрытие которого вы запрашиваете, соответствует минимальной стоимости. Если стоимость лекарственного препарата, покрытие которого вы запрашиваете, в долларах США меньше требуемого минимума, вы не можете подать еще одну апелляцию. В этом случае решение по апелляции 2-го уровня является окончательным. IRO направит письмо с указанием минимальной суммы в долларах, необходимой для продолжения апелляции 3-го уровня.

Если стоимость вашего запроса в долларах соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли вы продолжить подачу апелляции.

- После подачи апелляции 2-го уровня существует еще три уровня подачи апелляций.
- Если IRO **отклонит** апелляцию 2-го уровня и вы соответствуете требованиям для продолжения процесса рассмотрения апелляции, вам необходимо:
 - Решите, хотите ли вы подать апелляцию 3-го уровня.
 - Для получения подробной информации о порядке подачи апелляции 3-го уровня см. письмо, отправленное IRO после подачи апелляции 2-го уровня.

ALJ или третейский судья рассматривает апелляцию 3-го уровня. Для получения информации об апелляциях уровня 3, 4 и 5 см. **раздел J**.



Н. Запрос на покрытие продления госпитализации

При госпитализации вы имеете право на получение всех покрываемых больничных услуг, необходимых для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы. Для получения дополнительной информации о покрытии больничных расходов по нашему плану см. **главу 4** настоящего справочника участника.

Во время пребывания в больнице врач и сотрудники больницы будут вместе с вами работать над подготовкой к выписке. Они также помогут организовать медицинское обслуживание, которое может потребоваться после выписки.

- День, в который вы выйдете из больницы, называется «датой выписки».
- Ваш врач или сотрудник больницы сообщат вам дату вашей выписки.

Если вы считаете, что вас выписывают слишком рано или вы беспокоитесь об уходе после выписки из больницы, вы можете подать запрос на продление госпитализации. В данном разделе описана процедура подачи.

Помимо апелляций, описанных в этом **разделе Н**, вы также можете подать жалобу и попросить DMHC провести независимую медицинскую экспертизу для продолжения вашего пребывания в больнице. Чтобы узнать, как подать жалобу и запросить проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC, см. **раздел F4**. Вы можете попросить о проведении независимой медицинской экспертизы в дополнение или вместо подачи апелляции 3-го уровня.

Н1. Ознакомление с правами в рамках программы Medicare

В течение двух дней после госпитализации в больницу вам будет вручено письменное уведомление под названием «Важное сообщение от Medicare о ваших правах» от сотрудника больницы, например медсестры или социального работника. Каждый участник программы Medicare получает копию этого уведомления при госпитализации.

Если вы не получите это уведомление, спросите о нем любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы. Вы также можете позвонить в службу 1800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1877-486-2048.

- **Внимательно прочитайте уведомление** и задайте вопросы, если вам в нем что-либо непонятно. В уведомлении изложены ваши права как пациента больницы, такие как:



- ваше право на получение покрываемых программой Medicare услуг во время пребывания в больнице и после выписки; право знать, что это за услуги, кто их оплатит, и где вы можете их получить;
- Ваше право участвовать в принятии решений о продолжительности Вашего пребывания в больнице;
- ваше право знать, куда сообщить о любых проблемах, связанных с качеством Вашего лечения в больнице;
- ваше право подать апелляцию, если вы считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано.
- **Подпишите уведомление** в подтверждение того, что вы его получили и понимаете свои права.
 - Уведомление может быть подписано вами или лицом, действующим от вашего имени.
 - Подписание уведомления свидетельствует **лишь** о получении информации о ваших правах. Подписание **не** означает, что вы согласны с датой выписки, указанной лечащим врачом или персоналом больницы.
- **Сохраните свою копию** подписанного уведомления, чтобы в случае необходимости иметь возможность воспользоваться предоставленной информацией.

При подписании уведомления более чем за два дня до выписки из больницы вы получите еще один экземпляр перед выпиской.

Вы можете заранее ознакомиться с копией уведомления, если:

- позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы;
- позвоните в программу Medicare по номеру 1-800 MEDICARE (1800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Посетите веб-сайт www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Н2. Подача апелляции уровня 1

Для покрытия расходов на стационарное лечение в больнице в течение более длительного периода времени необходимо подать апелляцию. Организация по повышению качества (Quality Improvement Organization, QIO) рассматривает апелляцию 1-го уровня, чтобы проверить приемлемость запланированной даты выписки по медицинским показаниям.



QIO — это группа врачей и других специалистов в области здравоохранения, работу которых оплачивает федеральное правительство. Эти эксперты проверяют и помогают улучшить качество обслуживания для лиц, пользующихся программой Medicare. Они не являются частью нашего плана.

В Калифорнии QIO — это Commence Health. Позвоните им по телефону 1-877-588-1123 (линия ТТУ: 1-855-887-6668). Контактная информация также указана в уведомлении «Важное сообщение от Medicare о ваших правах» и в **главе 2**.

Вам следует позвонить в QIO до того, как вы покинете больницу, и не позднее запланированной даты выписки.

- **Если вы позвоните перед выпиской**, вы сможете остаться в больнице после запланированной даты выписки без дополнительной оплаты, пока будете ждать решение QIO по вашей апелляции.
- **Если вы не совершите звонок для подачи апелляции** и примете решение остаться в больнице после запланированной даты выписки, вы можете оплатить все расходы на больничное обслуживание, полученное после запланированной даты выписки.
- В связи с тем, что пребывание в больнице покрывается программами Medicare и Medi-Cal, если организация по повышению качества не рассмотрит ваш запрос о продлении госпитализации, или если вы считаете, что у вас срочная ситуация, и ваше здоровье подвергается неотвратимому и серьезному риску, или если вы страдаете от серьезной боли, вы можете также подать жалобу в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата Калифорнии и попросить их о проведении независимой медицинской экспертизы. Как подать жалобу и обратиться в DMHC за проведением независимой медицинской экспертизы, см. **раздел F4**.

Обращайтесь за помощью, если необходимо. При возникновении вопросов или для получения помощи в любое время необходимо:

- Позвонить в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы.
- Позвонить в программу консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222.

Подать запрос на ускоренный пересмотр. Действуйте быстро и свяжитесь с QIO, чтобы запросить быстрое рассмотрение выписки из больницы.



Юридический термин «ускоренного пересмотра» — «немедленный пересмотр» или «ускоренное рассмотрение».

Что произойдет во время ускоренного рассмотрения?

- Эксперты QIO спросят у вас или вашего представителя, почему вы считаете необходимым дальнейшее страховое покрытие после запланированной даты выписки. Вы не обязаны писать заявление, но можете сделать это по желанию.
- Эксперты изучат вашу медицинскую карту, пообщаются с вашим врачом и проанализируют информацию, предоставленную больницей и нашей страховой компанией.
- К полудню следующего дня после того, как эксперты сообщат нам о поданной апелляции, вы получите письмо с запланированной датой выписки. В письме также указаны причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что эта дата выписки является правильной и подходящей для вас с медицинской точки зрения.

Юридический термин этого письменного объяснения — «**подробное уведомление о выписке**». Вы можете получить образец, позвонив в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.) Вы также можете ознакомиться с образцом уведомления онлайн по адресу www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации QIO предоставит вам ответ на поданную вами апелляцию.

Если QIO вынесет **положительное решение** по вашей апелляции:

- Мы предоставим покрываемые страховкой стационарные больничные услуги на протяжении всего времени, пока эти услуги необходимы по медицинским показаниям.

Если QIO **ответит отрицательно** на вашу апелляцию:

- они считают, что запланированная дата выписки является оправданной с медицинской точки зрения.
- Предоставление страхового покрытия для стационарных больничных услуг будет прекращено в полдень следующего дня после того, как QIO предоставит ответ на поданную вами апелляцию.



- Возможно, вам придется оплатить полную стоимость стационарного лечения, полученного после полудня на следующий день после того, как QIO предоставит ответ на поданную апелляцию.
- Вы можете подать апелляцию 2-го уровня, если QIO отклонила поданную вами апелляцию 1-го уровня **и** вы остаетесь в больнице после запланированной даты выписки.

НЗ. Подача апелляции уровня 2

При подаче апелляции 2-го уровня вы просите QIO еще раз ознакомиться с решением, принятым в отношении апелляции 1-го уровня. Позвоните им по телефону 1-877-588-1123 (линия ТТУ: 1-855-887-6668).

Вы должны запросить эту проверку **в течение 60 календарных дней** после того дня, когда QIO **отклонила** апелляцию 1-го уровня. Вы можете подать запрос на такой пересмотр, **только** если вы остались в больнице после даты окончания действия страхового покрытия обслуживания.

Эксперты QIO:

- внимательно изучат всю информацию по Вашей апелляции;
- сообщат о решении в отношении апелляции 2-го уровня в течение 14 календарных дней с момента получения запроса на повторное рассмотрение.

Если QIO вынесет **положительное решение** по вашей апелляции:

- Мы должны возместить свою долю расходов на стационарное лечение, начиная с полудня следующего дня после даты отказа QIO в удовлетворении апелляции 1-го уровня.
- Мы предоставим покрываемые страховкой стационарные больничные услуги на протяжении всего времени, пока эти услуги необходимы по медицинским показаниям.

Если QIO **ответит отрицательно** на вашу апелляцию:

- Они согласны с решением в отношении апелляции 1-го уровня и не будут его менять.
- Вам направят письмо с указанием дальнейших действий, если вы хотите продолжить процесс подачи апелляций и подать апелляцию 3-го уровня.
- Также вы сможете обратиться в DMHC для подачи запроса на проведение независимой медицинской экспертизы в отношении продолжения вашего пребывания в больнице. Чтобы узнать, как подать жалобу и запросить проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC, см. **раздел Е4**.



ALJ или третейский судья рассматривает апелляцию 3-го уровня. Дополнительную информацию об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровней см. в разделе J.

I. Просьба о продолжении покрытия определенных медицинских услуг

В данном разделе рассматриваются только три типа услуг, доступных для получения:

- услуги по уходу на дому;
- квалифицированный сестринский уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода **и**
- реабилитационный уход в амбулаторных условиях в утвержденном CORF учреждении, участвующем в программе Medicare. Обычно это подразумевает, что вы лечитесь от заболевания или последствий несчастного случая или проходите реабилитацию после серьезной операции.

Если вы получаете один из этих трех типов обслуживания, вы имеете право на страховое покрытие в течение всего времени, пока, по мнению врача, данная услуга будет вам необходима.

Когда мы решим, что пришло время прекратить покрытие какой-либо из трех перечисленных типов услуг, мы обязаны **заранее** уведомить вас об этом. Когда закончится действие страхового покрытия для данной услуги, мы прекратим ее оплату.

Если, по вашему мнению, мы слишком рано прекращаем покрытие вашего обслуживания, **вы можете обжаловать наше решение**. В данном разделе описано, как вы можете подать апелляцию.

11. Предварительное уведомление до окончания действия страхового покрытия

Мы направим письменное уведомление, которое вы получите не позднее чем за два дня до прекращения оплаты лечения. Это называется «Уведомлением об отсутствии страхового покрытия программы Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage)». В уведомлении будет указана дата, начиная с которой мы прекратим покрывать ваше обслуживание, и как подать апелляцию в связи с данным решением.



Вы или ваш представитель должны подписать это уведомление, чтобы подтвердить его получение. Подписание уведомления свидетельствует **лишь** о получении информации. Подписание **не** означает, что вы согласны с нашим решением.

12. Подача апелляции уровня 1

Если, по вашему мнению, мы слишком рано прекращаем покрытие вашего обслуживания, вы можете обжаловать наше решение. В данном разделе объясняется процесс обжалования 1-го уровня и порядок действий.

- **Соблюдайте сроки.** Сроки имеют большое значение. Понимайте и соблюдайте сроки, предусмотренные в отношении ваших действий. Наш план также должен соблюдать сроки. Если вы считаете, что мы не соблюдаем установленные сроки, вы можете подать жалобу. Дополнительную информацию о жалобах см. в **разделе К**.
- **Обращайтесь за помощью, если необходимо.** При возникновении вопросов или для получения помощи в любое время необходимо:
 - Позвонить в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы.
 - Позвонить в HICAP по номеру 1-800-434-0222.
- **Связаться с QIO.**
 - Дополнительную информацию о QIO и способах связи с ними см. в **разделе H2** или в **главе 2** настоящего *справочника участника*.
 - Попросите их рассмотреть вашу апелляцию и решить, следует ли изменить решение нашего плана.
- **Действуйте быстро и подайте «ускоренную апелляцию».** Спросите QIO, является ли прекращение страхового покрытия медицинских услуг, целесообразным с медицинской точки зрения.

Срок для связи с этой организацией

- Вы должны связаться с QIO для подачи апелляции до полудня дня, предшествующего дате вступления в силу «Уведомления об отсутствии страхового покрытия программы Medicare», которое мы вам отправили.
- Если организация по повышению качества не рассмотрит ваш запрос о продлении страхового покрытия ваших услуг здравоохранения, или вы считаете, что у вас срочная ситуация, и ваше здоровье подвергается необратимому и серьезному риску, или у вас сильная боль, вы можете также подать жалобу в Департамент управляемого медицинского



обслуживания штата Калифорнии и попросить их о проведении независимой медицинской экспертизы. Чтобы узнать, как подать жалобу и запросить проведение независимой медицинской экспертизы в DMHC, см. **раздел F4**.

Юридический термин письменного уведомления — **«уведомление об отсутствии страхового покрытия программы Medicare»**. Чтобы получить образец, позвоните в отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, или позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Или получите копию онлайн по адресу www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Что происходит во время ускоренного рассмотрения апелляции

- Эксперты QIO спросят у вас или вашего представителя, почему вы считаете необходимым дальнейшее страховое покрытие. Вы не обязаны писать заявление, но можете сделать это по желанию.
- Эксперты изучают вашу медицинскую карту, беседуют с вашим врачом и анализируют информацию, предоставленную им нашей страховой компанией.
- Наш план также предусматривает отправку письменного уведомления с объяснением причин прекращения страхового покрытия услуг. Вы получите уведомление до конца дня, когда эксперты сообщат нам о поданной апелляции.

Юридический термин письма с объяснением причин — **«подробное объяснение отсутствия страхового покрытия»**.

- По истечении одних полных суток с даты получения всей необходимой информации эксперты сообщат вам о своем решении.

Если QIO вынесет **положительное** решение по вашей апелляции:

- Мы будем предоставлять вам покрываемые стационарные услуги до тех пор, пока они необходимы по медицинским показаниям.

Если QIO ответит **отрицательно** на вашу апелляцию:

- Действие страхового покрытия заканчивается в день, указанный в уведомлении.



- Мы прекращаем оплачивать свою долю расходов на это обслуживание в дату, указанную в уведомлении.
- Вы оплачиваете полную стоимость этого ухода самостоятельно, если решите продолжить домашний уход, уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуги CORF после даты окончания действия страхового покрытия.
- Вы решаете, хотите ли вы продолжить получение этих услуг и подать апелляцию 2-го уровня.

13. Подача апелляции уровня 2

При подаче апелляции 2-го уровня вы просите QIO еще раз ознакомиться с решением, принятым в отношении апелляции 1-го уровня. Позвоните по номеру телефона QIO.

Вы должны запросить эту проверку **в течение 60 календарных дней** после того дня, когда QIO **отклонила** апелляцию 1-го уровня. Вы можете подать запрос на пересмотр **только** в том случае, если продолжаете получать медицинскую помощь после даты окончания действия страхового покрытия.

Эксперты QIO:

- внимательно изучат всю информацию по Вашей апелляции;
- сообщат о решении в отношении апелляции 2-го уровня в течение 14 календарных дней с момента получения запроса на повторное рассмотрение.

Если QIO вынесет **положительное** решение по вашей апелляции:

- Мы вернем деньги за нашу долю затрат на полученное вами обслуживание за период с указанной нами даты окончания страхового покрытия.
- Мы обеспечим страховое покрытие на весь период лечения, если это необходимо по медицинским показаниям.

Если QIO ответит **отрицательно** на вашу апелляцию:

- Они согласны с нашим решением прекратить лечение и не будут его менять.
- Вам направят письмо с указанием дальнейших действий, если вы хотите продолжить процесс подачи апелляций и подать апелляцию 3-го уровня.
- Также вы сможете обратиться в DMHC для подачи запроса на проведение независимой медицинской экспертизы в отношении продолжения



покрытия услуг здравоохранения. Чтобы узнать, как можно подать запрос в DMHC на проведение независимой медицинской экспертизы, см. **раздел F4**. Вы можете подать жалобу в DMHC и попросить их о проведении независимой медицинской экспертизы в дополнение или вместо подачи апелляции 3-го уровня.

ALJ или третейский судья рассматривает апелляцию 3-го уровня. Дополнительную информацию об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровней см. в **разделе J**.

J. Эскалация апелляции выше 2-го уровня

J1. Дальнейшие действия в отношении услуг и товаров по программе Medicare

Если вы подали апелляцию 1-го и 2-го уровня в отношении услуг или товаров по программе Medicare, и обе ваши апелляции отклонены, возможно, у вас есть право на подачу апелляции следующего уровня.

Если стоимость услуги или товара Medicare, в отношении которых подана апелляция, не достигает определенного минимального долларового эквивалента, подача дальнейшей апелляции невозможна. Если сумма в долларах достаточно высока, вы можете продолжить процесс подачи апелляции. В письме от IRO по результатам апелляции 2-го уровня будет указано, к кому обращаться и что делать, чтобы подать апелляцию 3-го уровня.

Апелляция 3-го уровня

Апелляция 3-го уровня рассматривается ALJ во время слушания. Решение принимает ALJ или адвокат-арбитр, работающий в федеральном правительстве.

Если ALJ делам или адвокат-арбитр **удовлетворит** апелляцию, мы имеем право обжаловать решение 3-го уровня, вынесенное в вашу пользу.

- Если мы решим **обжаловать** решение, направим копию запроса об апелляции 4-го уровня с любыми сопроводительными документами. Мы можем дожидаться решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем разрешить или предоставить услугу, которая является предметом спора.
- Если мы решим **не обжаловать** решение, то обязаны разрешить или предоставить услугу в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или адвоката-арбитра.
 - Если ALJ или третейский судья ответит **отрицательно** на вашу апелляцию, процесс апелляции может быть все еще не завершен.



- Если вы решите **принять** отказ по вашей апелляции, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы решите **не принимать** отказ в удовлетворении вашей апелляции, вы можете перейти к следующему уровню процесса пересмотра. В уведомлении будут указаны действия, которые необходимо предпринять для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Совет по апелляциям Medicare (Совет) рассмотрит апелляцию и предоставит ответ. Совет является частью федерального правительства.

Если совет ответит **утвердительно** на вашу апелляцию 4-го уровня или отклонит нашу просьбу о пересмотре благоприятного для вас решения по апелляции 3-го уровня, мы имеем право подать апелляцию 5-го уровня.

- Если мы решим **обжаловать** решение, то сообщим об этом в письменной форме.
- Если мы решим **не обжаловать** решение, то обязаны разрешить или предоставить услугу в течение 60 календарных дней после получения решения совета.

Если совет вынесет **отрицательное** решение или отклонит наш запрос на пересмотр, процесс рассмотрения апелляции может быть не завершен.

- Если вы решите **принять** отказ по вашей апелляции, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы решите **не принимать** отказ по вашей апелляции, возможно, вы сможете перейти на следующий уровень процесса рассмотрения. В уведомлении будет указано, можете ли вы перейти к апелляции 5-го уровня и что для этого нужно сделать.

Апелляция 5-го уровня

- Судья Федерального окружного суда рассмотрит апелляцию и всю информацию и вынесет **положительное** или **отрицательное** решение. Это решением является окончательным. Других инстанций для рассмотрения апелляций выше Федерального окружного суда не существует.

12. Дополнительные апелляции на услуги программы Medi-Cal

У вас также есть другие права на обжалование, если ваша апелляция касается услуг или предметов, обычно покрываемых в рамках программы Medi-Cal. В письме от отделения по слушаниям дел на уровне штата будут указаны



дальнейшие действия, которые необходимо предпринять, чтобы продолжить процесс рассмотрения апелляции.

Если вы все равно не согласны с этим решением, вы можете:

- * Запросить проведение независимой медицинской экспертизы, и ваш случай будет рассмотрен внешним экспертом, не имеющим отношения к плану медицинского страхования.
- * Запросить проведение слушания на уровне штата, и судья рассмотрит ваше дело.

Вы можете попросить одновременного проведения независимой медицинской экспертизы и слушания на уровне штата. Вы также можете просить о проведении одного из мероприятий прежде другого, если считаете, что так ваша проблема будет решена быстрее. Например, если вы просили о проведении независимой медицинской экспертизы, но не согласны с вынесенным решением, вы сможете попросить о проведении слушания на уровне штата. Однако если вы сначала попросите о слушании на уровне штата, и оно уже состоялось, то вы больше не сможете просить о проведении независимой медицинской экспертизы. В этом случае решение по результатам слушания на уровне штата является окончательным.

Вы не обязаны платить за проведение независимой медицинской экспертизы или слушания на уровне штата.

НЕЗАВИСИМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Если вы хотите, чтобы была проведена независимая медицинская экспертиза, вы должны подать запрос в течение 180 дней с даты, указанной в настоящем извещении о принятом решении по апелляции. В приведенном ниже параграфе содержится информация о том, как запросить проведение независимой медицинской экспертизы. Обратите внимание, что термин «жалоба» относится как к «претензиям», так и к «апелляциям».

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния регулирует деятельность планов по услугам здравоохранения. Если у вас есть претензия в отношении вашего плана медицинского страхования, прежде чем связаться с департаментом, сначала вам следует позвонить в свой план медицинского страхования по телефону **1-888-839-9909** и воспользоваться предусмотренной планом процедурой подачи претензии. Применение данной процедуры подачи претензии не запрещает использование любых других доступных вам юридических прав или средств правовой защиты. Если вам требуется помощь в отношении претензии, касающейся экстренной ситуации, претензии, которая не была удовлетворительно разрешена вашим планом медицинского страхования, или претензии, которая не была разрешена в течение более 30 дней, вы можете позвонить в департамент для получения



помощи. Возможно, вы также имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Если у вас есть право на проведение IMR, в ходе IMR будет проведен объективный анализ медицинских решений, вынесенных планом медицинского страхования в отношении необходимости в требуемой услуге или лечении с медицинской точки зрения, решений о страховом покрытии экспериментальных и исследовательских по своему характеру видов лечения, а также споров по оплате за услуги неотложной или скорой медицинской помощи. В департаменте также есть бесплатный номер телефона (**1-888-466-2219**) или номер линии TDD (**1-877-688-9891**) для участников с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте департамента по адресу www.dmhsc.ca.gov есть бланки для подачи жалоб, формы заявления на проведение IMR и инструкции по их заполнению». **СЛУШАНИЕ НА УРОВНЕ ШТАТА**

Если вы хотите, чтобы было проведено слушание на уровне штата, вы должны подать запрос в течение 120 дней с даты, указанной в настоящем извещении о принятом решении по апелляции. Однако если ваш план медицинского страхования продолжает предоставлять вам оспариваемое обслуживание (оплата услуг в ожидании решения) в ходе апелляции в план медицинского страхования, и вы хотите продолжать получать обслуживание до тех пор, пока на слушании на уровне штата не будет вынесено решение, вы обязаны подать запрос на проведение слушания на уровне штата в течение 10 дней с момента получения настоящего извещения о принятом решении по апелляции. Хотя ваш план медицинского страхования обязан предоставить оплату услуг в ожидании решения, когда вы подаете запрос на проведение слушания на уровне штата в данных обстоятельствах, вам следует сообщить в свой план медицинского страхования, что вы хотите получить помощь в рамках оплаты услуг в ожидании решения, которое будет вынесено в ходе слушания на уровне штата. Вам следует позвонить в отдел обслуживания участников плана L.A. Care по телефону 1-888-839-9909 ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни). Если вы плохо слышите или не можете говорить, позвоните на линию TTY 711.

Вы можете подать запрос на проведение слушания на уровне штата следующим образом:

* Онлайн: www.cdss.ca.gov.

* По телефону: 1-800-743-8525. Номер может быть занят. Вы можете услышать сообщение с просьбой позвонить позже. Если вы плохо слышите или не можете говорить, позвоните на линию TTY/TDD 1-800-952-8349.

* В письменном виде: заполните бланк заявления на проведение слушания на уровне штата или напишите письмо. Письмо можно отправить по почте или факсу:



По почте: California Department of Social Services

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

Факс: (916) 309-3487 или номер для бесплатного звонка: 1-833-281-0903

Бланк заявления на проведение слушания на уровне штата приложен к данному письму. Обязательно укажите свое имя и фамилию, адрес, номер телефона, номер социального страхования (Company Identification Number, CIN), а также причину, по которой вы хотите, чтобы было проведено слушание на уровне штата. Если кто-либо помогает вам подать запрос о проведении слушания на уровне штата, укажите в бланке или письме его/ее имя и фамилию, адрес и номер телефона. Если вам необходимы услуги переводчика, сообщите в отделение по слушаниям дел на уровне штата, на каком языке вы говорите. Услуги переводчика бесплатны. Отделение по слушаниям дел на уровне штата наймет для вас переводчика. Если вы — участник с ограниченными возможностями, отделение по слушаниям дел на уровне штата бесплатно предоставит вам условия, необходимые для вашего участия в слушании. Пожалуйста, укажите информацию о наличии у вас ограниченных возможностей и о том, какие условия вам необходимы.

После подачи запроса о проведении слушания на уровне штата, рассмотрение вашего дела и извещение о принятом решении будет осуществлено в течение 90 дней. Если вы считаете, что столь долгое ожидание может пагубно сказаться на вашем здоровье, вы можете получить ответ в течение 3 рабочих дней. Попросите своего врача или план медицинского страхования написать письмо для вас. В письме должно быть подробно объяснено, каким образом ожидание в течение срока до 90 дней, пока будет приниматься решение по вашему делу, поставит под угрозу вашу жизнь, здоровье или способность обрести, поддержать или восстановить максимальную деятельность. Далее подайте запрос о проведении «ускоренного слушания» и приложите к нему данное письмо.

Во время слушания на уровне штата вы можете представлять сами себя. Вы также можете попросить родственника, друга, защитника ваших интересов, врача или своего адвоката выступать от вашего имени. Если вы желаете, чтобы кто-то выступал от вашего имени, вы должны сообщить в отделение по слушаниям дел на уровне штата, что данное лицо имеет право представлять ваши интересы. Такое лицо называется «уполномоченный представитель».

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Возможно, вы имеете право на бесплатную юридическую помощь. Позвоните в Департамент защиты прав потребителей и бизнеса округа Лос-Анджелес по телефону 1-800-593-8222. Вы также можете позвонить в местное Общество юридической помощи в своем округе по номеру 1-888-804-3536.



13. Апелляция 3, 4 и 5 уровня по поводу запросов о препаратах части D по программе Medicare

Данный раздел может быть вам полезен в случае, если вы подали апелляцию 1-го уровня и апелляцию 2-го уровня, и обе апелляции были отклонены.

Если стоимость препарата, в отношении которого подана апелляция, превышает определенную сумму в долларах, вы можете перейти к следующим уровням апелляции. В письменном ответе на апелляцию 2-го уровня будет указано, к кому следует обратиться и какие действия предпринять для подачи апелляции 3-го уровня.

Апелляция 3-го уровня

Апелляция 3-го уровня рассматривается ALJ во время слушания. Решение принимает ALJ или адвокат-арбитр, работающий в федеральном правительстве.

Если ALJ или адвокат-арбитр примет **положительное** решение по апелляции:

- Процесс рассмотрения апелляции завершен.
- Мы обязаны разрешить или предоставить утвержденное лекарственный препарат в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренного процесса рассмотрения апелляции) или произвести оплату не позднее чем через 30 календарных дней после получения решения.

Если ALJ или третейский судья ответит **отрицательно** на вашу апелляцию, процесс апелляции может быть все еще не завершен.

- Если вы решите **принять** отказ по вашей апелляции, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы решите **не принимать** отказ в удовлетворении вашей апелляции, вы можете перейти к следующему уровню процесса пересмотра. В уведомлении будут указаны действия, которые необходимо предпринять для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Совет рассмотрит апелляцию и предоставит ответ. Совет является частью федерального правительства.

Если совет вынесет **положительное** решение по вашей апелляции:

- Процесс рассмотрения апелляции завершен.
- Мы обязаны разрешить или предоставить утвержденное лекарственный препарат в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренного процесса



рассмотрения апелляции) или произвести оплату не позднее чем через 30 календарных дней после получения решения.

Если совет **отклонит** апелляцию или откажет в пересмотре, процесс апелляции может быть не завершен.

- Если вы решите **принять** отказ по вашей апелляции, процесс апелляции будет завершен.
- Если вы решите **не принимать** отказ по вашей апелляции, возможно, вы сможете перейти на следующий уровень процесса рассмотрения. В уведомлении будет указано, можете ли вы перейти к апелляции 5-го уровня и что для этого нужно сделать.

Апелляция 5-го уровня

- Судья Федерального окружного суда рассмотрит апелляцию и всю информацию и вынесет **положительное** или **отрицательное** решение. Это решением является окончательным. Других инстанций для рассмотрения апелляций выше Федерального окружного суда не существует.

К. Как подать жалобу

К1. Типы проблем, в отношении которых следует подавать жалобы

Процесс подачи жалобы используется только для определенных типов проблем, таких как проблемы, связанные с качеством обслуживания, временем ожидания, координацией обслуживания и обслуживанием клиентов. Ниже приведены примеры проблем, которые рассматриваются при подаче жалобы.

Жалоба	Пример
Качество медицинского обслуживания	• Вас не устраивает качество обслуживания, например лечения, полученного в больнице.
Уважение конфиденциальности ваших данных	• Вы считаете, что кто-либо нарушил ваше право на сохранение личной информации или раскрыл конфиденциальную информацию о вас.



Жалоба	Пример
Неуважительное отношение, плохое обслуживание клиентов или другие негативные действия	• Поставщик медицинских услуг или персонал вам нагрубил или проявил к вам неуважение. • Персонал плохо с вами обращался. • Вы считаете, что вас побуждают выйти из плана.
Доступность и помощь переводчика	• Вы физически не можете получить доступ к медицинским услугам, к офису врача или поставщика услуг. • Лечащий врач или поставщик медицинских услуг не предоставляет услуги устного переводчика для языка, которым вы не владеете (например, американский язык жестов или испанский). • Ваш поставщик услуг не предоставляет вам другие разумные приспособления, которые вам необходимы и которые вы запрашиваете.
Время ожидания	• У вас возникают проблемы с записью на прием или вам приходится слишком долго ждать. • Врачи, фармацевты или другие медицинские работники, служба поддержки участников или другие сотрудники плана медицинского страхования заставили вас ждать слишком долго.
Чистота	• Вы недовольны чистотой в клинике, больнице или в кабинете врача.
Полученная от нас информация	• Вы считаете, что не получили уведомление или письмо, которое должны были получить. • Вы полагаете, что присылаемую нами письменную информацию сложно понять.



Жалоба	Пример
Своевременность принятия решений о предоставлении страхового покрытия или апелляций	• Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки принятия решения о предоставлении страхового покрытия или ответа на поданную апелляцию. • Вы считаете, что после получения решения о предоставлении страхового покрытия или апелляции в вашу пользу мы не соблюдаем сроки утверждения или предоставления вам услуги или возмещения вам расходов на определенные медицинские услуги. • Вы не считаете, что мы отправили ваше дело в IRO вовремя.

Существуют разные виды жалоб. Вы можете подать жалобу в рамках плана или вне плана. Жалоба в рамках плана подается и рассматривается в плане. Жалоба вне плана подается в стороннюю организацию, не связанную с нашей программой, которая рассматривает ее. Если вам нужна помощь в подаче внутренней и/или внешней жалобы, вы можете позвонить по номеру

1-833-522-3767 (TTY: 711) ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни).

Вы можете отправить свою жалобу в Medicare для рассмотрения жалоб вне плана.

Бланк жалобы в программу Medicare можно найти на веб-сайте www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Юридический термин «**жалобы**» — «претензия».

Юридический термин «**подачи жалобы**» — «**подача претензии**».

К2. Жалобы в рамках плана

Чтобы подать жалобу в рамках плана, звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни). Вы можете подать жалобу в любое время, за исключением случаев, когда она касается препаратов, включенных в часть D по программе Medicare. Если жалоба касается лекарственного препарата, включенного в часть D по программе Medicare, ее необходимо подать в **течение 60 календарных дней** после возникновения проблемы, в отношении которой вы хотите подать жалобу.



- Если вам необходимо предпринять еще какие-либо действия, сотрудники отдела обслуживания участников скажут вам об этом.
- Вы также можете изложить вашу жалобу в письменном виде и направить ее нам. Если вы изложите жалобу в письменном виде, мы ответим на вашу жалобу также в письменном виде.
- Претензии и апелляции можно подать, использовав один из следующих методов:

По телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 711) ежедневно, круглосуточно (включая праздничные дни)

По факсу: 1-213-438-5748

По почте: L.A. Care Health Plan

Attention: Appeals & Grievance Department -348

1200 W. 7th Street

Los Angeles, CA 90081

Веб-сайт: <https://www.lacare.org/online-grievance-form>

- Если участник хочет, чтобы кто-либо выступал от его имени (например, родственник, адвокат), он должен подписать заявление о назначении представителя (Appointment of Representative, AOR).

Бланк заявления можно найти на странице

<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>

и затем отправить в план L.A. Care по факсу или указанному выше почтовому адресу. Лечащему врачу не надо заполнять AOR, если он подает апелляцию от имени пациента.

- Сроки подачи претензий и апелляций

Апелляции

Часть С (пересмотр)

- Участник должен подать апелляцию в течение 60 дней с даты отказа. При наличии уважительной причины апелляция может быть принята и после 60-дневного срока.
- Ускоренный срок рассмотрения: 72 часа
- Стандартный срок: до получения услуг — 30 дней в отношении еще не полученных услуг/после получения услуг — 60 дней

Часть D (повторное вынесение решения)

- Участник должен подать апелляцию в течение 60 дней с даты отказа. При наличии уважительной причины апелляция может быть принята и после 60-дневного срока.



- Ускоренный срок рассмотрения: 72 часа
- Стандартный срок: 7 дней

Претензии

Часть D

- Участник может подать претензию или выразить неудовлетворенность в любое время.

Все прочие жалобы

- Участник может подать жалобу или выразить неудовлетворенность в любое время.
- Ускоренный срок рассмотрения претензии: 24 часа
- Стандартный срок: 30 дней
- На рассмотрение дела могут потребоваться дополнительные 14 дней.
- Юридический термин для «ускоренной жалобы» — «ускоренное рассмотрение претензии».

Юридический термин для «ускоренной жалобы» —
«ускоренное рассмотрение претензии».

По возможности, мы незамедлительно вам ответим. Если вы позвоните нам с жалобой, возможно, мы сможем ответить вам сразу же по телефону. Если по состоянию вашего здоровья требуется быстрый ответ, мы его предоставим.

- Большинство жалоб рассматриваются в течение 30 календарных дней. Если мы не можем принять решение в течение 30 календарных дней, так как нам нужна дополнительная информация, мы известим вас в письменном виде. Мы известим вас о статусе дела и предоставим примерные сроки вынесения решения.
- Если ваша жалоба связана с тем, что мы отклонили ваш запрос по «ускоренному решению о предоставлении страхового покрытия» или «ускоренной апелляции», мы автоматически начнем процедуру урегулирования «ускоренной жалобы» и ответим на жалобу не позднее 24 часов.
- Если Ваша жалоба связана с тем, что нам требуется больше времени на принятие решения в отношении страхового покрытия или апелляции, мы автоматически запустим процедуру урегулирования «быстрой жалобы» и ответим на Вашу жалобу не позднее 24 часов.



Если мы не согласны с вашей жалобой, полностью или частично, мы сообщим вам об этом и объясним причины. Мы ответим вам, была ли ваша жалоба удовлетворена или отклонена.

КЗ. Жалобы вне плана

Программа Medicare

Вы можете сообщить о своей жалобе специалистам программы Medicare или отправить ее в Medicare. Бланк жалобы в рамках программы Medicare доступен по адресу: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Вам не нужно подавать жалобу в *L.A. Care Medicare Plus* перед подачей жалобы в Medicare.

Medicare серьезно относится к вашим жалобам и использует предоставленную информацию, чтобы улучшать качество обслуживания участников программы Medicare.

Если у вас есть какие-либо пожелания или проблемы или если вы считаете, что план медицинского страхования не решает вашу проблему, звоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут позвонить по номеру 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.

Программа Medi-Cal

Вы также можете подать жалобу омбудсмену программы Управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal Департамента здравоохранения (DMHC) штата Калифорния, позвонив по телефону 1-888-452-8609.

Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 711. Звоните с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Вы можете подать жалобу в Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC). DMHC несет ответственность за регулирование планов медицинского страхования. Вы можете позвонить в справочный центр при DMHC, чтобы получить помощь в отношении жалоб, связанных с услугами, предоставляемыми в рамках программы Medi-Cal. По несрочным вопросам вы можете подать жалобу в DMHC, если не согласны с решением по апелляции 1-го уровня или если в рамках плана не было принято решение в отношении жалобы в течение 30 календарных дней. Однако вы можете обратиться в DMHC без подачи апелляции 1-го уровня, если вам нужна помощь в связи с жалобой, касающейся срочного вопроса или представляющей непосредственную и серьезную угрозу для вашего здоровья, если вы испытываете сильную боль, если вы не согласны с решением нашего плана по вашей жалобе или если наш план не разрешил вашу жалобу в течение 30 календарных дней.

Существует два способа получить помощь от справочного центра:



- По телефону: 1-888-466-2219. Лица с нарушением слуха или речи могут воспользоваться бесплатным номером линии ТТУ: 1-877-688-9891. Звонок бесплатный.
- Посетите веб-сайт Департамента управляемого медицинского обслуживания (www.hmohelp.ca.gov).

Управление по гражданским правам (OCR)

Вы можете подать жалобу в Министерство здравоохранения и социального обеспечения (HHS) Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights, OCR), если считаете, что с вами обошлись несправедливо. Например, вы можете пожаловаться по поводу доступности обслуживания для лиц с инвалидностью или услуг переводчика. Номер телефона OCR: 1-800-368-1019. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-800-537-7697. Более подробная информация доступна на веб-сайте www.hhs.gov/ocr.

С OCR можно также связаться следующим образом:

ПО ПОЧТЕ:	Office for Civil Rights U.S. Department of Health and Human Services 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103
ПО ТЕЛЕФОНУ:	1-800-368-1019
ЛИНИЯ TDD:	1-800-537-7697
ПО ФАКСУ:	1-202-619-3818

Вы также можете иметь права в соответствии с Законом США о лицах с ограниченными возможностями (Americans with Disability Act, ADA) и в соответствии с любым применимым законодательством штата. Вы можете обратиться за помощью в программу омбудсмана. Звоните по телефону 1-888-452-8609.

QIO

Если ваша жалоба касается качества обслуживания, у вас есть два варианта:

- вы можете подать жалобу на качество медицинского обслуживания непосредственно в QIO;
- вы можете подать жалобу в QIO и в нашу страховую компанию. Если вы подадите жалобу в QIO, мы будем работать вместе, чтобы рассмотреть вашу жалобу.



Организация по повышению качества — это группа практикующих врачей и других медицинских экспертов, работу которых оплачивает федеральное правительство и которая проверяет и улучшает качество обслуживания, предоставляемого участникам программы Medicare. Чтобы узнать подробнее о QIO, см. **раздел Н2** или **главу 2 справочника участника**.

В штате Калифорния QIO называется Commence Health. Номер телефона Commence Health: 1-877-588-1123 (линия ТТУ: 1-855-887-6668).



Глава 10. Завершение вашего участия в плане

Введение

В этой главе содержится информация о том, каким образом вы можете завершить свое участие в нашем плане, а также о вариантах страхового покрытия после того, как вы выйдете из плана. Если вы выходите из нашего плана, вы все равно остаетесь в программах Medicare и Medi-Cal на то время, пока имеете на это право. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного *справочника участника*.

Содержание

- A. Когда вы можете завершить ваше участие в нашем плане 326
- B. Как завершить участие в нашем плане 327
- C. Как получить страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal по отдельности.....328
 - C1. Ваши услуги по программе Medicare 328
 - C2. Ваши услуги по программе Medi-Cal 333
- D. Получение медицинского обслуживания, препаратов и товаров до окончания вашего участия в нашем плане 333
- E. Другие обстоятельства, при которых ваше участие в нашем плане завершится.....334
- F. Запрет на исключение из нашего плана по состоянию здоровья 335
- G. Ваше право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в нашем плане 336
- H. Как получить дополнительную информацию о завершении участия в плане 336



А. Когда вы можете завершить ваше участие в нашем плане

Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в плане в определенное время года. Так как у вас есть покрытие программы Medi-Cal,

- вы можете прекратить свое участие в нашем плане в любом месяце года.

Кроме того, вы можете прекратить свое участие в нашем плане в следующие периоды каждый год:

- **Открытый период регистрации**, который длится с 15 октября по 7 декабря. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в нашем плане закончится 31 декабря, а ваше участие в новом плане начнется 1 января.
- **Открытый период регистрации в программе Medicare Advantage (МА)**, который длится с 1 января по 31 марта, а для новых получателей льгот программы Medicare, зачисленных в план, в течение 3 месяцев — с момента, когда они получили право на часть А и часть В и до последнего дня 3-го месяца. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.

Право на смену плана может появиться и в других ситуациях. Например, когда:

- вы переезжаете за пределы зоны обслуживания,
- ваше право на получение программы Medi-Cal или программы предоставления дополнительной помощи изменилось, **или**
- если вы недавно въехали в или только что выехали из учреждения сестринского ухода или больницы длительного ухода, или в настоящее время получаете там уход.

Ваше участие в плане заканчивается в последний день месяца, в котором мы получили ваш запрос об изменении плана. Например, если мы получили ваш запрос 18 января, покрытие нашего плана закончится 31 января. Действие вашего нового страхового покрытия начнется в первый день следующего месяца (в данном случае 1 февраля).

Если вы покинете план, вы можете получить информацию:

- о существующих вариантах в рамках программы Medicare в таблице в **разделе С1**;
 - существующих вариантах и услуг в рамках программы Medi-Cal в **разделе С2**.
-



Вы можете получить дополнительную информацию о том, как завершить свое участие в плане, позвонив:

- В отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу этой страницы. Там же указан номер телефона для пользователей линии ТТУ.
- В программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- В программу консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP. В программу выбора медицинского обслуживания (Health Care Options) по телефону 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям линии ТТУ следует звонить по телефону 1-800-430-7077.
- В офис омбудсмена программы управляемого обслуживания Medi-Cal по телефону 1-888-452-8609, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, или обращайтесь по электронной почте MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы участвуете в программе управления лекарственными препаратами (drug management program, DMP), то, возможно, вы не сможете менять планы. См. **главу 5** данного *справочника участника* для получения информации о программах управления лекарственными препаратами.

В. Как завершить участие в нашем плане

Если вы решите прекратить свое участие, вы можете зарегистрироваться в другом плане Medicare или перейти на программу Original Medicare. Однако, если вы хотите перейти с нашего плана на программу Original Medicare, но не выбрали отдельный план страхового покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare, вы должны подать запрос на исключение из нашего плана. Вы можете попросить завершить свою регистрацию двумя способами:

- Подать нам письменный запрос. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу этой страницы, если вам нужна дополнительная информация.
- Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ (лицам с нарушениями слуха или речи) следует звонить по телефону 1-877-486-2048. Если вы звоните по телефону 1-800-MEDICARE, вы также можете зарегистрироваться в другом плане



страхового покрытия медицинского обслуживания или лекарственных препаратов программы Medicare. Более подробную информацию о получении услуг Medicare при выходе из нашего плана см. в таблице на стр. 242.

- Позвонить в программу выбора медицинского обслуживания по телефону 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям линии ТТУ следует звонить по телефону 1-800-430-7077.
- В **разделе С** ниже описаны шаги, которые вы можете предпринять, чтобы зарегистрироваться в другом плане, что также приведет к прекращению вашего участия в нашем плане.

С. Как получить страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal по отдельности

У вас есть выбор в отношении получения услуг программ Medicare и Medi-Cal, если вы решите выйти из нашего плана.

С1. Ваши услуги по программе Medicare

Ниже приведены три варианта получения услуг по программе Medicare в любом месяце года. У вас есть дополнительная возможность, указанная ниже, в определенные периоды года, включая **открытый период регистрации** и **открытый период регистрации в Medicare Advantage**, а также в других ситуациях, описанных в **разделе А**. Выбирая один из этих вариантов, вы автоматически завершаете участие в нашем плане.



1. Вы можете перейти в: план Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) — один из подвидов плана Medicare Advantage Plan. Он предназначен для лиц, имеющих как покрытие как по программе Medicare, так и Medi-Cal, и объединяет льготы Medicare и Medi-Cal в одном плане. Планы Medi-Medi координируют все льготы и услуги в рамках обеих программ, включая все услуги, покрываемые Medicare и Medi-Cal. Также сюда входит план Программы комплексного обслуживания для пожилых людей (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), если вы подходите по критериям. Примечание: термин «План Medi-Medi» — это название планов для лиц с особыми медицинскими потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования (dual eligible special needs plans, D-SNP) в Калифорнии.	Это можно сделать следующим образом: Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. По вопросам о программе комплексного обслуживания для пожилых людей (PACE) звоните 1-855-921-PACE (7223). Если вам нужна помощь или дополнительная информация: • Позвоните в программу консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. ИЛИ Зарегистрируйтесь в новом плане Medi-Medi. Ваше участие в нашем плане Medicare прекратится автоматически, когда начнется страховое покрытие вашего нового плана. Ваш план Medi-Cal изменится в соответствии с планом Medi-Medi.



2. Вы можете перейти: в программу Original Medicare с отдельным планом покрытия рецептурных препаратов в рамках Medicare и планом Medi-Cal.	Это можно сделать следующим образом: Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вам нужна помощь или дополнительная информация: • Позвоните в программу консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. ИЛИ Зарегистрируйтесь в новом плане покрытия рецептурных препаратов программы Medicare. Ваше участие в нашем плане прекратится автоматически, когда начнется страховое покрытие программы Original Medicare. Вы останетесь участником своего плана Medi-Cal Plan, если не выберете другой.



3. Вы можете перейти:

в программу Original Medicare без отдельного плана страхового покрытия рецептурных препаратов в рамках программы Medicare.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы переходите на программу Original Medicare и не регистрируетесь в отдельном плане покрытия рецептурных препаратов в рамках программы Medicare, программа Medicare может зарегистрировать вас в плане покрытия препаратов, если только вы не сообщите программе Medicare, что не хотите становиться участником данного плана.

Вам следует отказаться от покрытия рецептурных препаратов только в том случае, если вы получаете такое покрытие от работодателя, профсоюза или другого источника. Если у вас есть вопросы о необходимости страхового покрытия лекарственных препаратов, звоните в программу консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования HICAP по телефону **1-800-434-0222** с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти местный офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/.

Это можно сделать следующим образом:

Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если вам нужна помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в программу консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в Вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/.

Ваше участие в нашем плане прекратится автоматически, когда начнется страховое покрытие программы Original Medicare.

Вы останетесь участником своего плана Medi-Cal Plan, если не выберете другой.



4. Вы можете перейти:

в любой другой план здравоохранения Medicare в определенные периоды года, включая **открытый период регистрации** и **период открытой регистрации в Medicare Advantage**, а также в других ситуациях, описанных в **разделе А**.

Это можно сделать следующим образом:

Позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

По вопросам о программе комплексного обслуживания для пожилых людей (PACE) звоните 1-855-921-PACE (7223).

Если вам нужна помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в программу консультирования и защиты прав в сфере медицинского страхования (HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/.

ИЛИ

Зарегистрируйтесь в новом плане Medicare.

Ваше участие в нашем плане Medicare прекратится автоматически, когда начнется страховое покрытие вашего нового плана.

Ваш план программы Medi-Cal может измениться.



C2. Ваши услуги по программе Medi-Cal

Если у вас возникнут вопросы о том, как получить услуги Medi-Cal после того, как вы покинете наш план, обращайтесь в программу выбора медицинского обслуживания по телефону 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям ТТУ следует звонить по телефону 1-800-430-7077. Вы также можете посетить сайт www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Узнайте, как переход в другой план или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение Вами покрытия по программе Medi-Cal.

Вы можете попросить о выходе из плана L.A. Care лично в местном окружном отделе здравоохранения и социального обеспечения.

Найти местный офис можно на веб-сайте

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>. Вы также можете позвонить в программу выбора медицинского обслуживания.

D. Получение медицинского обслуживания, препаратов и товаров до окончания вашего участия в нашем плане

Если Вы выходите из нашего плана, может пройти какое-то время, прежде чем ваше участие в плане закончится, а новое страховое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal вступит в действие. В течение этого времени вы продолжите получать медицинское обслуживание и препараты по нашему плану.

- За медицинскими услугами обращайтесь к входящим в сеть поставщикам услуг.
- Чтобы получать рецептурные препараты, обращайтесь к входящим в сеть аптекам, в том числе аптекам с возможностью заказа по почте.
- Если вас госпитализируют в день окончания участия в плане L.A. Care Medicare Plus, Ваше пребывание в больнице будет покрыто нашим планом вплоть до выписки. Это произойдет даже в том случае, если ваше новое страховое покрытие медицинского обслуживания вступит в силу до выписки.



Е. Другие обстоятельства, при которых ваше участие в нашем плане завершится

Вот случаи, когда мы должны прекратить ваше участие в нашем плане:

- При наличии разрыва в покрытии по частям А и В программы Medicare.
- Если у вас больше нет права на участие в программе Medi-Cal. Наш план предназначен для лиц, у которых есть право на участие в обеих программах, Medicare и Medi-Cal. Примечание: если вы больше не имеете права на льготы программы Medi-Cal, вы можете временно продолжить участие в нашем плане со льготами Medicare. Информацию о засчитываемом промежутке времени см. ниже. Департамент здравоохранения штата Калифорния (Department of Health Care Services, DHCS) или центры предоставления услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) могут прекратить ваше участие в программе Medi-Cal, если установят, что вы больше не имеете права на участие в программе.
- Если вы переезжаете за пределы зоны обслуживания.
- Если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания более шести месяцев.
 - Если вы переезжаете или уезжаете на длительное время, вам нужно позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы узнать, входит ли в нашу зону обслуживания место, куда вы переезжаете или уезжаете надолго.
- Если вы заключены под стражу за совершенное уголовное преступление.
- Если вы скрываете или искажаете информацию об имеющихся у вас других страховых планах для покрытия препаратов.
- Если вы не являетесь гражданином США или проживаете на территории США незаконно.
 - Для участия в нашем плане вы должны быть гражданином США или проживать на территории страны на законных основаниях.
 - Если вы не имеете права на продолжение своего участия в программе, центры услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) уведомят нас об этом.
 - Мы должны исключить вас из программы, если вы не отвечаете вышеуказанным требованиям.



В течение 3-месячного периода подтверждения права на участие в плане мы будем продолжать предоставлять вам все льготы Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако в течение этого периода мы не будем продолжать покрывать льготы Medicaid, включенные в план Medicaid State Plan, и не будем оплачивать страховые взносы Medicare или долю в распределении затрат, за которые штат нес бы ответственность, если бы вы не потеряли право на участие в программе Medicaid. Сумма ваших расходов на услуги может измениться. По следующим причинам мы можем исключить вас из нашего плана только с согласия программ Medicare и Medi-Cal:

- если вы умышленно предоставляете нам неверную информацию при регистрации в нашем плане и эта информация влияет на ваше право на участие в нашем плане;
- если вы постоянно ведете себя таким образом, что нам трудно предоставлять медицинское обслуживание вам и другим участникам плана;
- если вы позволяете другому человеку пользоваться вашей карточкой с идентификационным номером участника для получения медицинского обслуживания. (Если мы прекращаем ваше участие по данной причине, ваш случай, возможно, будет проверяться генеральным инспектором программы Medicare.)

Г. Запрет на исключение из нашего плана по состоянию здоровья

Мы не можем просить вас выйти из нашего плана по каким-либо причинам, связанным с состоянием Вашего здоровья. Если вы считаете, что вас просят выйти из нашего плана по состоянию здоровья, вам следует **позвонить в программу Medicare** по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.



Г. Ваше право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в нашем плане

Если мы прекращаем ваше участие в нашем плане, мы обязаны в письменном виде сообщить вам о причинах прекращения вашего участия. Мы также обязаны объяснить вам, как вы можете подать претензию или жалобу в связи с нашим решением о прекращении Вашего участия. Чтобы получить более подробную информацию о подаче жалобы, см. **главу 9** данного справочника участника.

Н. Как получить дополнительную информацию о завершении участия в плане

Если у вас есть вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о том, как завершить свое участие в плане, позвоните в отдел обслуживания участников по телефону, указанному внизу этой страницы.



Глава 11. Правовые уведомления

Введение

Данная глава содержит правовые уведомления, касающиеся Вашего участия в нашем плане. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе данного *справочника участника*.

Содержание

- A. Уведомление о законах 338
- B. Федеральное уведомление о недопущении дискриминации 338
- C. Уведомление о недопущении дискриминации в программе Medi-Cal. 339
- D. Уведомление о Medicare как о втором плательщике и о Medi-Cal как о плательщике последней инстанции 340
- E. Уведомление о возмещении расходов за счет имущества по программе Medi-Cal 341



А. Уведомление о законах

Множество законов применимо к данному *справочнику участника*. Эти законы могут влиять на Ваши права и обязанности, даже если они не включены в данный *справочник участника* или не разъясняются в нем. Основные законы, которые применимы к справочнику, — это федеральное законодательство и законы штата о программах Medicare и Medi-Cal. Могут применяться и другие федеральные законы и законы штата.

В. Федеральное уведомление о недопущении дискриминации

Мы не дискриминируем из-за Вашей расы, этнической принадлежности, национальности, цвета кожи, религии, половой принадлежности, пола, возраста, сексуальной ориентации, наличия психических или физических ограниченных возможностей, состояния здоровья, наличия страховых исков, истории болезни, генетической информации, свидетельства о правомочности на получение страхования или географического положения в пределах зоны обслуживания. Все организации, предоставляющие планы Medicare Advantage, в том числе наш план, обязаны соблюдать федеральные законы о борьбе с дискриминацией, включая раздел VI Закона о гражданских правах (Civil Rights Act) 1964 г., Закона о реабилитации инвалидов (Rehabilitation Act) 1973 г., Закона о недопущении дискриминации по возрасту (Age Discrimination Act) 1975 г., Закона о защите прав граждан с ограниченными возможностями (Americans with Disability Act), раздела 1557 Закона о доступном здравоохранении (Affordable Care Act) и другие законы, применимые к организациям, получающим федеральное финансирование, а также все другие законы и нормы, применимые по любой другой причине.

Если Вы хотите получить больше информации или у Вас есть сомнения по поводу дискриминации или несправедливого обращения:

- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697. Дополнительную информацию также можно получить на веб-сайте www.hhs.gov/ocr.



С. Уведомление о недопущении дискриминации в программе Medi-Cal

Мы не дискриминируем и не относимся к Вам по-другому из-за Вашей расы, этнической принадлежности, национальности, цвета кожи, религии, половой принадлежности, пола, возраста, наличия психических или физических ограниченных возможностей, состояния здоровья, наличия страховых исков, истории болезни, генетической информации, свидетельства о правомочности на получение страхования или географического положения в пределах зоны обслуживания. Кроме того, мы не допускаем незаконной дискриминации, исключения людей или обращения с ними по-разному из-за происхождения, принадлежности к этнической группе, гендерной идентичности, семейного положения или состояния здоровья.

Если Вы хотите получить больше информации или у Вас есть сомнения по поводу дискриминации или несправедливого обращения:

- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения по телефону 916-440-7370. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 711 (телекоммуникационная служба ретрансляции). Если Вы считаете, что подверглись дискриминации, и хотите подать претензию о дискриминации, сделайте следующее.
- По телефону: позвоните главному ответственному сотруднику по вопросам нормативно-правового соответствия плана L.A. Care Health Plan круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни, по телефону **1-833-522-3767**. Если у вас имеются нарушения слуха или речи, пожалуйста, позвоните на линию **TTY 711**.
- В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

L.A. Care Health Plan
Chief Compliance Officer

1200 West 7th Street

Los Angeles, CA 90017
- Лично: посетите офис своего врача или офис плана L.A. Care Health Plan и скажите, что хотите подать претензию о нарушении гражданских прав.
- Онлайн: посетите веб-сайт плана L.A. Care Health Plan: www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form или отправьте электронное письмо по адресу civilrightscoordinator@lacare.org.



Если Ваша претензия касается дискриминации программой Medi-Cal, Вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения по телефону, письменно или в электронном виде:

- По телефону: звоните 916-440-7370. Если у Вас есть нарушения слуха или речи, звоните на линию 711 (телекоммуникационная служба ретрансляции).
- В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Бланки жалоб доступны на сайте www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Онлайн: отправьте электронное письмо по адресу CivilRights@dhcs.ca.gov.

Если у Вас есть ограниченные возможности и Вам нужна помощь для получения доступа к услугам здравоохранения или поставщику услуг, позвоните в отдел обслуживания участников. Если у Вас есть жалоба, например, по поводу того, что существует проблема с доступом для инвалидов колясок, отдел обслуживания участников может помочь.

D. Уведомление о Medicare как о втором плательщике и о Medi-Cal как о плательщике последней инстанции

Иногда оказанные Вам услуги сначала должны быть оплачены кем-то другим. Например, если Вы попали в дорожно-транспортное происшествие или получили травму на рабочем месте, сначала оплата производится страховой компанией или посредством компенсационных выплат работникам.

У нас есть право и обязанность собирать информацию о покрываемых услугах Medicare, для которых Medicare не является первым плательщиком.

Мы соблюдаем федеральное законодательство и нормативные требования, а также законы и требования штата в отношении ответственности третьих лиц за услуги здравоохранения, предоставляемые участникам. Мы примем все разумные меры для того, чтобы убедиться, что программа Medi-Cal является плательщиком последней инстанции.



Участники программы Medi-Cal должны использовать все другие виды медицинского страхового покрытия (other health coverage, ОНС) до использования льгот Medi-Cal, если та же услуга доступна в рамках Вашего медицинского страхового покрытия, поскольку Medi-Cal является плательщиком последней инстанции. Это означает, что в большинстве случаев программа Medi-Cal будет вторичным плательщиком по отношению к Medicare ОНС, покрывая допустимые расходы, не оплаченные нашим планом или другой ОНС, в пределах ставки программы Medi-Cal.

Е. Уведомление о возмещении расходов за счет имущества по программе Medi-Cal

Программа Medi-Cal должна добиваться погашения долгов за счет завещанного имущества некоторых умерших участников в возрасте 55 лет и старше. Погашение долгов включает плату за услуги на сдельной основе и страховые взносы за управляемое медицинское обслуживание/оплату из расчета за человека за услуги учреждения сестринского ухода, услуги на дому и по месту жительства, а также сопутствующие больничные и рецептурные препараты, полученные, когда участник находился на стационарном лечении в учреждении сестринского ухода или получал лечение на дому и по месту жительства. Выплата не может превышать стоимость завещанного имущества участника.

Чтобы узнать больше, посетите веб-сайт Департамента здравоохранения по возврату имущества по адресу www.dhcs.ca.gov/er или позвоните по телефону 916-650-0590.



Глава 12. Определение важных понятий

Введение

Данная глава содержит ключевые понятия, используемые в данном справочнике участника, и их определения. Термины перечислены в алфавитном порядке. Если вы не можете найти нужный вам термин, или вам нужна информация в дополнение к приведенной в определении, свяжитесь с отделом обслуживания участников.



Если у вас возникли вопросы, пожалуйста, позвоните в план L.A. Care Medicare Plus по телефону **1-833-522-3767** (линия ТТУ: 711), круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной** информации посетите веб-сайт medicare.lacare.org. 342

Medi-Cal: название программы Medicaid штата Калифорния. Программа Medi-Cal управляется и оплачивается штатом и федеральным правительством.

- Она помогает людям с ограниченным доходом и ресурсами оплачивать услуги программы долгосрочного обслуживания и поддержки, а также стоимость медицинского обслуживания.
- Она покрывает дополнительные услуги и некоторые препараты, не покрываемые по программе Medicare.
- Программы Medicaid отличаются в каждом штате, но большинство расходов на здравоохранение покрывается как программой Medicare, так и Medi-Cal.

Real Time Benefit Tool (инструмент льгот в режиме реального времени): портал или компьютерное приложение, где каждый новый участник страхового плана может быстро найти полную, точную и клинически приемлемую информацию о покрываемых препаратах и льготах. Сюда входят суммы долей в распределении затрат, альтернативные препараты, которые можно применять вместо прописанных при том же заболевании, а также ограничения покрытия (предварительное разрешение, поэтапная терапия, ограничения количества), применимые к альтернативным препаратам.

Амбулаторный хирургический центр: медицинское учреждение, предоставляющее амбулаторные хирургические операции пациентам, не нуждающимся в больничном уходе, которым потребуется не более 24 часов медицинского обслуживания.

Апелляционный совет (Совет) программы Medicare: совет, рассматривающий апелляции 4-го уровня. Совет является частью федерального правительства.

Апелляция: способ обжалования наших действий, если Вы считаете, что нами было принято неверное решение. Подав апелляцию, Вы сможете попросить об изменении решения о предоставлении страхового покрытия. В **главе 9** данного справочника участника разъясняются виды апелляций, включая процесс их подачи.

Безрецептурные препараты (Over-the-counter, OTC): безрецептурными называются препараты или лекарства, которые человек может купить без рецепта, выданного медицинским сотрудником.

Биоаналог: биологический препарат, похожий на исходный биологический продукт, но не идентичный ему. Биоаналоги столь же безопасны и эффективны, как и исходные биологические продукты. Некоторые биоаналоги могут быть заменены на исходные биологические продукты в аптеке без необходимости получения нового рецепта. (См. раздел «Взаимозаменяемый биоаналог»).



Биологический продукт: рецептурный препарат, изготовленный из натуральных и живых источников, таких как клетки животных, растительные клетки, бактерии или дрожжи. Биологические продукты сложнее других лекарственных препаратов и не могут быть скопированы в точности, поэтому альтернативные формы называются биоаналогами. (См. также «Оригинальный биологический продукт» и «Биоаналог»).

Взаимозаменяемый биоаналог: биоаналог, который может быть заменен в аптеке без необходимости получения нового рецепта, поскольку он соответствует дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Автоматическая замена в аптеке регулируется законами штата.

Входящая в сеть аптека: аптека, которая согласилась отпускать рецептурные препараты участникам нашего плана. Мы называем их «входящими в сеть аптеками», поскольку они согласились работать с нашим планом. В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные препараты только когда они приобретаются в любой из наших входящих в сеть аптек.

Входящий в сеть поставщик услуг: «поставщик услуг» — это общее понятие, включающее врачей, медсестер и других лиц, предоставляющих услуги и уход. В данное понятие также входят больницы, агентства по медицинскому обслуживанию на дому, клиники и другие учреждения, предоставляющие услуги здравоохранения, медицинское оборудование, а также программа долгосрочного обслуживания и поддержки.

- У них есть лицензия или сертификат на предоставление услуг здравоохранения, выданные программой Medicare и штатом.
- Мы называем их «входящими в сеть поставщиками услуг» в том случае, если они соглашаются сотрудничать с планом медицинского страхования, принимают нашу оплату и не требуют от наших участников дополнительную оплату.
- Пока Вы являетесь участником нашего плана, для получения покрываемых услуг Вам необходимо пользоваться услугами входящих в сеть поставщиков. Входящие в сеть поставщики также называются «поставщиками услуг в пределах плана».

Группа медицинского обслуживания: см. «Многопрофильная группа медицинского обслуживания».



Деликатные услуги: услуги, связанные с психическим или поведенческим здоровьем, сексуальным и репродуктивным здоровьем, планированием семьи, инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИД, преступлениями на сексуальной почве и абортами, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, услугами по смене пола и насилием со стороны интимного партнера.

Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS): департамент штата Калифорния, осуществляющий управление программой Medicaid (называемой Medi-Cal).

Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC): департамент штата Калифорния, отвечающий за управление планами медицинского обслуживания. DMHC помогает людям с апелляциями и жалобами в отношении услуг, которые предоставляются в рамках программы Medi-Cal. DMHC также занимается проведением независимых медицинских экспертиз (Independent Medical Reviews, IMR).

Долевое участие в затратах: суммы, которые Вы платите за определенные рецептурные препараты. К долевого участию в затратах также относятся доли в совместной оплате.

Доля в совместной оплате: фиксированная сумма Вашей доли в затратах на определенные рецептурные препараты. Например, Вы можете платить \$2 или \$5 за рецептурный препарат.

Доля затрат: часть Ваших расходов на медицинское обслуживание, которую Вам, возможно, придется платить каждый месяц перед вступлением в силу льгот. Размер Вашей доли затрат зависит от Вашего дохода и ресурсов.

Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI): ежемесячная льгота, выплачиваемая службой социального обеспечения лицам с низкими доходами и ресурсами, имеющим инвалидность, страдающим слепотой или лицам в возрасте 65 лет и старше. Льготы SSI — это не то же самое, что льготы социального обеспечения.

Жалоба: заявление в письменной или устной форме о возникновении проблем или замечаний относительно покрываемых планом услуг или обслуживания. Сюда входят какие-либо опасения относительно качества услуг, качества Вашего обслуживания, наших входящих в сеть поставщиков услуг или аптек. Официальный термин «подачи жалобы» — «подача претензии».



Затраты собственных средств: необходимая часть доли в распределении затрат, которую участники должны оплачивать за получаемые ими услуги или препараты, называется расходами «из собственных средств». Определение понятия «доля в распределении затрат» см. выше.

Зона обслуживания: географическая территория, в пределах которой план медицинского страхования принимает участников, при наличии ограничений по месту жительства. Если у Вас один из тех планов, которые накладывают ограничения на то, услугами каких врачей и больниц Вы можете пользоваться, то это, как правило, определяется районом, где Вы получаете текущее (неэкстренное) медицинское обслуживание. Только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания, могут присоединиться к нашему плану.

Индивидуальный план медицинского обслуживания (Individualized Care Plan, ICP или план обслуживания): план, в котором указано, каким образом и какие услуги Вы будете получать. В Ваш план могут входить медицинские услуги, услуги охраны психического здоровья, а также долгосрочное обслуживание и поддержка.

Исключение: разрешение на получение покрытия препарата, который обычно не покрывается планом, или использование препарата без определенных правил и ограничений.

Исключенные услуги: услуги, которые не покрываются данным планом медицинского страхования.

Исходный биологический продукт: биологический продукт, одобренный Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) и служащий образцом для производителей, создающих биоаналогичную версию. Его также называют эталонным продуктом.

Класс долевого участия в затратах: группа препаратов с одинаковой долей в совместной оплате. Каждый препарат, указанный в *перечне покрываемых препаратов* (который также называют *списком препаратов*), принадлежат к одному из 4 (четырех) классов в распределении затрат. Как правило, чем выше класс, тем дороже препарат.

Комплексное амбулаторное реабилитационное учреждение (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): учреждение, предоставляющее в основном услуги реабилитации после болезни, несчастного случая или серьезного хирургического вмешательства. В нем предоставляют широкий спектр услуг, включая физиотерапию, социальные или психологические услуги, дыхательную терапию, трудовую терапию, лечение дефектов речи и услуги по оценке домашней обстановки.



Личная медицинская информация (также называемая конфиденциальной медицинской информацией [Personal health information, PHI]): информация о вас и вашем здоровье, например, имя, адрес, номер социального страхования, данные об осмотрах у врача и история болезни. См. «Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией» нашего плана для получения дополнительной информации о том, как мы защищаем, используем и раскрываем Вашу PHI, а также о Ваших правах в отношении PHI.

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable medical equipment, DME): определенное оборудование, которое врач назначает для использования в домашних условиях. Примерами могут служить инвалидные кресла, костыли, матрасные устройства с мотором, диабетические принадлежности, заказанные врачом больничные кровати для использования на дому, капельницы, голосообразующие аппараты, кислородные баллоны и оборудование, аэрозольные аппараты и ходунки.

Многопрофильная группа медицинского обслуживания (Interdisciplinary Care Team, ICT или план обслуживания): группа медицинского обслуживания может состоять из врачей, медсестер, консультантов или других медицинских специалистов, которые помогают вам получить необходимое медицинское обслуживание. Ваша группа медицинского обслуживания также поможет вам разработать план медицинского обслуживания.

Направление: разрешение Вашего поставщика первичных медицинских услуг (PCP) или наше разрешение на обращение к другому поставщику услуг, отличного от Вашего PCP. Если Вы сначала не получили разрешение, мы можем не покрыть услуги. Для обращения к некоторым специалистам, например к врачу-гинекологу, направление не нужно. См. **главу 3 и 4** данного *справочника участника* для получения дополнительной информации о направлениях.

Не входящая в сеть аптека: аптека, которая не согласилась сотрудничать с нашим планом для координации или предоставления покрываемых препаратов участникам нашего плана. Большинство препаратов, которые Вы получаете в аптеках, не входящих в сеть, не покрываются нашим планом, за исключением случаев, когда действуют определенные условия.

Не входящий в сеть поставщик услуг или не входящее в сеть учреждение: поставщик услуг или учреждение, которые не были наняты, не находятся в собственности и не управляются нашим планом, а также не заключали договор о предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. В **главе 3** данного *справочника участника* приведена информация о не входящих в сеть поставщиках услуг или учреждениях.



Независимая медицинская экспертиза (Independent Medical Review, IMR):

если мы откажем в Вашем запросе на предоставление медицинских услуг или лечения, Вы можете подать апелляцию. Если Вы не согласны с нашим решением и Ваша проблема касается услуг программы Medi-Cal, включая DME и препараты, Вы можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния с запросом о проведении IMR. IMR — это рассмотрение Вашего дела экспертами, не входящими в сеть нашего плана. Если в результате проведения IMR будет принято решение в Вашу пользу, мы будем обязаны предоставить Вам запрашиваемую услугу или лечение. Вы не платите за проведение IMR.

Независимая организация по пересмотру (Independent review organization, IRO):

независимая организация, нанятая программой Medicare для рассмотрения апелляций 2 уровня. Эта организация не связана с нашим планом и не является правительственной. Эта организация решает, правильным ли было наше решение и следует ли его изменить. Программа Medicare контролирует ее работу. Старое название данной организации — «независимая организация по пересмотру решений».

Необходимость по медицинским показаниям: услуги, принадлежности или препараты, необходимые для профилактики, диагностирования или лечения заболевания, или поддержания текущего состояния здоровья. Сюда относится уход, благодаря которому Вы сможете избежать госпитализации или пребывания в учреждении сестринского ухода. Это также означает, что услуги, принадлежности или препараты соответствуют признанным стандартам в медицинской практике. Штатом определен перечень необходимых по медицинским показаниям услуг: это услуги, которые целесообразны и необходимы для защиты жизни, для предотвращения серьезной болезни или нетрудоспособности или для облегчения или избавления от сильной боли.

Непатентованный препарат: рецептурный препарат, одобренный Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) для использования вместо патентованного препарата. В непатентованном препарате содержатся те же ингредиенты, что и в патентованном. Как правило, он имеет более низкую стоимость, в то же время не уступая патентованному препарату по эффективности.

Неправильное или ненадлежащее выставление счета: ситуация, когда поставщик услуг (например, врач или больница) выставляет Вам счет на сумму, превышающую нашу сумму доли затрат. Если Вы получили счет, который Вам непонятен, позвоните в отдел обслуживания участников.



Как участник нашего плана, Вы выплачиваете долю в совместной оплате только при получении покрываемых нами услуг. Мы **не** разрешаем поставщикам услуг выставлять Вам счет на сумму больше.

Новый участник страхового плана Medicare-Medi-Cal: лицо, соответствующее критериям страхового покрытия программ Medicare и Medicaid. Новый участник Medicare-Medicaid также называется «лицом, имеющим право на участие в двух программах страхования».

Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF): услуги реабилитации и квалифицированного сестринского ухода, предоставляемые на постоянной, ежедневной основе в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Примером обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода может быть физиотерапия или внутривенные (в/в) инъекции, которые выполняет дипломированная медсестра или врач.

Обучение культурной компетентности: обучение, предоставляющее дополнительные инструкции поставщикам медицинских услуг, которое помогает им лучше понимать Ваше происхождение, ценности и убеждения, чтобы адаптировать услуги к Вашим социальным, культурным и языковым потребностям.

Ограничения количества: ограничение на количество препарата, которое Вы можете получить. Ограничения могут касаться количества препарата, покрываемого в одном рецепте.

Омбудсмен: учреждение в Вашем штате, защищающее Ваши интересы. Сотрудники учреждения ответят на ваши вопросы, если у вас есть проблема или жалоба, и помогут понять, что вам следует делать. Услуги омбудсмена бесплатны. См. **главу 2 и 9** данного *справочника участника* для получения дополнительной информации.

Определение организации: наш план совершает определение организации, когда мы или один из наших поставщиков услуг принимают решение о том, оплачиваются ли определенные услуги, и сколько Вам требуется заплатить за покрываемые услуги. Определение организации называется «решением о предоставлении страхового покрытия». В **главе 9** данного *справочника участника* поясняются решения о предоставлении страхового покрытия.

Организация по повышению качества (Quality improvement organization, QIO): группа врачей и других экспертов в сфере здравоохранения, помогающих улучшить качество обслуживания участников программы Medicare. Федеральное правительство платит за услуги QIO по проверке и улучшению медицинского обслуживания пациентов. См. **главу 2** данного *справочника участника* для получения дополнительной информации о QIO.



Отдел обслуживания участников: отдел, работающий в рамках нашего плана, в котором Вы можете получить ответы на вопросы относительно Вашего участия в плане, льгот, претензий и апелляций. См. **главу 2** данного справочника участника для получения дополнительной информации об отделе обслуживания участников.

Охрана психического здоровья: включает в себя эмоциональное, психологическое и социальное благополучие. Проще говоря, это то, как люди думают, чувствуют и взаимодействуют друг с другом. Это общее понятие, касающееся психического здоровья и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Оценка риска для здоровья (Health risk assessment, HRA): изучение анамнеза и текущего состояния пациента. Это используется для определения состояния вашего здоровья, а также возможных изменений в будущем.

Патентованный препарат: рецептурный препарат, производимый и продаваемый компанией, которая его изобрела. Патентованные препараты содержат те же ингредиенты, что и их непатентованные аналоги. Непатентованные препараты обычно производятся и продаются другими компаниями и недоступны до тех пор, пока не завершится действие патента на патентованный препарат.

Перечень покрываемых препаратов (список препаратов): перечень рецептурных и безрецептурных (ОТС) препаратов, которые мы покрываем. Мы выбираем препараты из данного перечня при помощи врачей и фармацевтов. В *списке препаратов* описаны правила получения препаратов, которые вам необходимо соблюдать. *Список препаратов* иногда называется «фармакологическим справочником».

План Medi-Medi: план Medicare Medi-Cal (план Medi-Medi) — это один из подвидов плана Medicare Advantage. Он предназначен для лиц, имеющих как покрытие как по программе Medicare, так и Medi-Cal, и объединяет льготы Medicare и Medi-Cal в одном плане. Планы Medi-Medi координируют все льготы и услуги в рамках обеих программ, включая все услуги, покрываемые Medicare и Medi-Cal.

План Medicare Advantage: программа Medicare, известная как часть C программы Medicare, или планы МА, которые предлагают планы МА через частные компании. Программа Medicare платит этим компаниям за ваши льготы Medicare.

План медицинского обслуживания: см. «Индивидуальный план медицинского обслуживания».



План медицинского страхования: организация, в состав которой входят врачи, больницы, аптеки, поставщики долгосрочного обслуживания и другие поставщики услуг. Также в организации есть координаторы обслуживания, которые помогут вам управлять вашими поставщиками и услугами. Они работают сообща, чтобы предоставлять вам необходимое обслуживание.

План обслуживания лиц с особыми медицинскими потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования (Dual eligible special needs plan, D-SNP): план медицинского страхования для лиц, соответствующих требованиям обеих программ Medicare и Medicaid. Наш план является D-SNP.

Планы программы Medi-Cal: планы, которые покрывают только льготы программы Medi-Cal, например услуги программы долгосрочного обслуживания и поддержки, медицинское оборудование и транспортировку. Медицинские льготы по программе Medicare предоставляются отдельно.

Планы программы комплексного обслуживания для пожилых людей (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): программа, которая покрывает льготы обеих программ, Medicare и Medicaid, для лиц в возрасте 55 лет и старше, которым требуется более интенсивный уход для проживания дома.

Повседневная деятельность (Activities of daily living, ADL): действия, которые люди обычно выполняют каждый день, например, прием пищи, использование туалета, одевание, купание или чистка зубов.

Покрываемые препараты: термин, который используется для описания всех рецептурных и безрецептурных (over-the-counter, OTC) препаратов, покрываемых нашим планом.

Покрываемые услуги: общий термин, который означает все медицинское обслуживание, программу долгосрочного обслуживания и поддержки, принадлежности, рецептурные и безрецептурные препараты, оборудование и другие услуги, покрываемые нашим планом.

Помощник для медицинского обслуживания на дому: лицо, предоставляющее услуги, не требующие навыков сертифицированной медсестры или врача, например, помощь по уходу за собой (такие как купание, использование туалета, одевание или выполнение предписанных упражнений). У помощников для медицинского обслуживания на дому нет лицензии медсестры и они не предоставляют услуги терапии.



Поставщик первичных медицинских услуг (Primary care provider, PCP): врач или другой поставщик услуг, к которому Вы обращаетесь в первую очередь в большинстве случаев при возникновении проблем со здоровьем. Он обеспечивает Вам медицинское обслуживание, необходимое для поддержания Вашего здоровья.

- Он также может обсудить ваше обслуживание с другими врачами и поставщиками медицинских услуг и направить вас к ним.
- По условиям большинства планов медицинского страхования Medicare Вам следует обратиться к поставщику первичных медицинских услуг, прежде чем обращаться к другому поставщику таких услуг.
- Для получения информации об обслуживании, предоставляемом поставщиками первичных медицинских услуг, см. **главу 3** данного справочника участника.

Пошаговая терапия: правило страхового покрытия, требующее, чтобы сначала Вы попробовали принимать другой препарат, прежде чем мы оплатим препарат, который просите Вы.

Предварительное разрешение (Prior authorization, PA): разрешение, которое Вы должны получить от нас до получения определенной услуги или препарата, либо обращения к не входящему в сеть поставщику услуг. Наш план может не покрыть услугу или препарат, если Вы сначала не получите разрешение.

Некоторые медицинские услуги в рамках сети покрываются нами только в том случае, если Ваш врач или другой входящий в сеть поставщик услуг получают PA от нашего плана.

- Покрываемые услуги, на получение которых требуется PA нашего плана, обозначены в **главе 4** данного справочника участника.

Некоторые препараты оплачиваются нашим планом только после получения от нас PA.

- Оплачиваемые препараты, требующие получения PA, указаны в *перечне покрываемых препаратов*, а правила опубликованы на нашем веб-сайте.

Прекращение участия: процедура прекращения Вашего участия в нашем плане. Прекращение участия может быть как добровольным (по Вашему желанию), так и принудительным (не по Вашему желанию).

Препараты части D: см. «Препараты части D программы Medicare».



Препараты части D программы Medicare: препараты, которые покрываются частью D программы Medicare. Определенные препараты были специально исключены Конгрессом из покрытия по части D программы Medicare. Программа Medicaid может покрывать некоторые из этих препаратов.

Претензия: жалоба, которая подается на нашу компанию, либо на одного из входящих в план поставщиков услуг или аптек. Сюда входит жалоба на качество вашего обслуживания или качество услуг, предоставляемых вашим планом медицинского страхования.

Программа Medicaid (или программа медицинской помощи): программа, управляемая федеральным правительством и штатом, которая помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать долгосрочные услуги и поддержку, а также медицинские расходы. Medi-Cal — это название программы Medicaid штата Калифорния.

Программа Medicare: федеральная программа медицинского страхования для людей 65 лет и старше, для людей младше 65 лет с определенными типами инвалидности, а также людей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (как правило, страдающих хронической почечной недостаточностью и нуждающихся в диализе или пересадке почки). Участники программы Medicare могут получить медицинское страховое покрытие Medicare при помощи программы Original Medicare или управляемого плана медицинского обслуживания (см. «План медицинского страхования»).

Программа Original Medicare (традиционная программа Medicare или программа Medicare со сдельной оплатой): программа Original Medicare предлагается правительством. В рамках программы Original Medicare услуги Medicare покрываются в виде оплаты услуг врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг в размере, который определяется Конгрессом.

- Вы можете обратиться к любому врачу, больнице или другому поставщику медицинских услуг, которые сотрудничают с Medicare. Программа Original Medicare состоит из двух частей: части A (больничное страхование) и части B (медицинское страхование).
- Программа Original Medicare доступна на всей территории США.
- Если Вы не желаете становиться участником нашего плана, Вы можете выбрать программу Original Medicare.



Программа долгосрочного обслуживания и поддержки (Long-term services and supports, LTSS): услуги, помогающие облегчить течение длительного заболевания. Большинство этих услуг направлены на оказание помощи на дому, чтобы вам не надо было переезжать в учреждение сестринского ухода или больницу. LTSS покрывается нашим планом, включая услуги для взрослых по месту жительства (CBAS), так же известных как дневная программа медицинского ухода для взрослых, услуги учреждения сестринского ухода (Nursing Facilities, NF), и услуги общественной поддержки. IHSS и 1915(c) альтернативные программы LTSS Medi-Cal предоставляются вне нашего плана.

Программа заказа препаратов по почте: некоторые планы предлагают программу заказа по почте, которая позволяет вам получать отправленные на дом посылки с запасом покрываемых рецептурных препаратов на срок до 3-х месяцев. Это может быть экономичным и удобным способом заказывать рецептурные препараты, которые вы принимаете регулярно.

Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): программа, предоставляющая бесплатную и объективную информацию, а также консультации относительно программы Medicare. В **главе 2** данного справочника участника дано объяснение того, как можно связаться с HICAP.

Программа помощи в оплате препаратов для людей со СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): программа, которая помогает обеспечивать доступ к жизненно необходимым препаратам против ВИЧ людям с ВИЧ/СПИД, соответствующих требованиям для участия в этой программе.

Программа помощи на дому (In Home Supportive Services, IHSS): программа, цель которой — помощь в оплачивании оказываемых Вам на дому медицинских услуг в пользу зарегистрированных поставщиков таких услуг. Программа IHSS — это альтернатива медицинскому обслуживанию вне дома, например, в центрах сестринского ухода или домах престарелых. Чтобы получать такие услуги, нужно проверить, какие типы услуг следует утвердить для каждого участника с учетом их потребностей. К услугам, которые можно утвердить через программу IHSS, относятся уборка дома, приготовление пищи, стирка белья, покупка продуктов, индивидуальный уход (в том числе помощь при справлении большой и малой нужды, купание, уход за собой, медицинские услуги, предоставляемые младшим медицинским персоналом), сопровождение на прием к врачу и защитное наблюдение за лицами с расстройствами психики. В округе программой IHSS управляют агентства социального обеспечения.



Программа предоставления дополнительной помощи: программа Medicare, предоставляющая людям с ограниченным доходом и ресурсами помощь в оплате рецептурных препаратов по части D программы Medicare, например при оплате страховых взносов, франшиз и доли в совместной оплате. Программа предоставления дополнительной помощи также называется «субсидией для малообеспеченных лиц» (Low-Income Subsidy, LIS).

Программа профилактики диабета Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): структурированная программа изменения поведения в отношении здоровья, которая предусматривает обучение долгосрочным изменениям в питании, повышению физической активности и стратегиям преодоления трудностей, связанных с поддержанием похудения и здоровым образом жизни.

Программа управления лекарственными препаратами (Drug management program, DMP): программа, которая помогает участникам безопасно использовать отпускаемые по рецепту опиоиды и другие препараты, которыми часто злоупотребляют.

Протезы и ортопедические устройства: медицинские устройства, которые заказываются Вашим врачом или другим поставщиком услуг. К ним относятся ортопедические аппараты для рук, спины и шеи; протезы конечностей; глазные протезы; устройства для замены внутренних частей и функций тела, в том числе материалы для стомы, энтеральной терапии и парентерального питания (список не исчерпывающий).

Профилактические услуги: медицинские услуги, направленные на предотвращение болезни или ее обнаружение на ранних этапах, когда лечение может быть наиболее эффективным (например, мази Папаниколау, прививки от гриппа и маммограммы).

Решение о предоставлении страхового покрытия: решение о том, какие льготы мы покрываем. Сюда входят решения о покрываемых страховым планом препаратах и услугах, либо о сумме, которую мы заплатим за Ваше медицинское обслуживание. В **главе 9** данного *справочника участника* поясняется, как Вы можете подать запрос о решении на предоставление страхового покрытия.

Скорая помощь: помощь в экстренной ситуации медицинского характера, когда Вы или любой человек, обладающий средними знаниями в области медицины и здравоохранения, считаете, что у Вас наблюдаются медицинские симптомы, требующие немедленного медицинского вмешательства с целью предотвращения смертельного исхода, потери части тела или ее функциональности (и если Вы — беременная женщина, то сюда же входит и потеря неродившегося ребенка). Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или состояние здоровья, которое быстро ухудшается.



Слушание на уровне штата: если Ваш врач или другой поставщик услуг подает запрос на предоставление услуги Medi-Cal, которую мы не одобряем, или если мы прекращаем оплату уже предоставляемой Вам услуги Medi-Cal, Вы можете запросить проведение слушания на уровне штата. Если результат слушания на уровне штата в Вашу пользу, мы обязаны предоставить услугу, которую Вы запросили.

Специализированная аптека: см. главу 5 данного справочника участника для получения дополнительной информации о специализированных аптеках.

Специалист: врач, который лечит только определенные виды заболеваний. К примеру, хирург-ортопед лечит переломы костей, аллерголог лечит аллергии, а кардиолог — заболевания сердца. Для обращения к специалистам в большинстве случаев участнику необходимо направление от РСР.

Специалист по управлению обслуживанием: один основной специалист, работающий с Вами, планом медицинского страхования и Вашими поставщиками услуг для обеспечения надлежащего медицинского обслуживания.

Справочник участника и информация, подлежащая разглашению: документ, который вместе с Вашей регистрацией на участие и любыми другими приложениями или дополнениями объясняет Ваше страховое покрытие, наши обязанности, Ваши права, а также Ваши действия в качестве участника нашего плана.

Срочно необходимое обслуживание: помощь, которую Вы получаете в случае внезапной болезни, травмы или состояния, которое не является экстренной ситуацией, но требует немедленной медицинской помощи. Вы можете использовать поставщиков услуг, не входящих в сеть, для получения срочно необходимого обслуживания, когда Вы не можете связаться с входящим в сеть поставщиком, потому что с учетом Ваших обстоятельств получение услуг от таких поставщиков невозможно или нецелесообразно (например, когда Вы находитесь за пределами зоны обслуживания и Вам требуется неотложная медицинская помощь в связи с непредвиденным заболеванием, но это не требует скорой помощи).

Стационарный: термин, используемый в тех случаях, когда Вас кладут в больницу, официально оформив госпитализацию для оказания квалифицированных медицинских услуг. Если Вас положили в больницу, не оформив госпитализацию официально, Вы можете считаться амбулаторным, а не стационарным пациентом, даже если остаетесь в больнице на ночь.

Субсидия для лиц с низким уровнем доходов (Low-income subsidy, LIS): см. «Программа предоставления дополнительной помощи».



Судья по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ): судья, который рассматривает дела с участием правительственных учреждений и принимает решения по ним. Это также судья, который рассматривает апелляции 3 уровня.

Суточная ставка доли затрат: ставка, которая может применяться, когда Ваш врач назначает меньше месячного запаса определенных препаратов, и Вам необходимо доплатить свою долю. Суточная ставка доли затрат — это доля в совместной оплате, разделенная на количество дней в месячном запасе.

Вот пример: предположим, что Ваша доля в совместной оплате за полный месячный запаса препарата (запас на 30 дней) составляет \$1,35. Это означает, что сумма, которую Вы платите за Ваш лекарственный препарат за один день, составляет чуть меньше \$0,05. Если Вы получаете запас препарата на 7 дней, то Ваша доплата рассчитывается как \$0,05 в день, умноженные на 7 дней, т.е. общий размер доплаты составляет \$0,35.

Управление препаратным лечением (Medication Therapy Management, MTM): услуги в рамках части D программы Medicare для людей с комплексными потребностями в медицинской помощи, которые соответствуют определенным критериям или участвуют в программе управления лекарственными препаратами. В услуги MTM обычно входит консультация о лекарственных препаратах с фармацевтом или поставщиком медицинских услуг. См. главу 5 данного *справочника участника* для получения дополнительной информации.

Уровни препаратов: группы препаратов в нашем *списке препаратов*. Непатентованные, патентованные или безрецептурные (over-the-counter, OTC) — это примеры уровней препаратов. Каждый препарат из нашего *списка препаратов* относится к одному из 5 (пяти) уровней.

Услуги, покрываемые Medicare: услуги, покрываемые по частям А и В программы Medicare. Все планы медицинского страхования Medicare, включая наш план, должны покрывать все услуги, оплачиваемые по частям А и В программы Medicare.

Услуги для взрослых, предоставляемые по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS): амбулаторная программа обслуживания на базе медицинского учреждения, предоставляющая участникам, соответствующим требованиям программы, квалифицированный сестринский уход, социальное обеспечение, трудовую терапию и лечение дефектов речи, услуги личной гигиены, обучение и поддержку членов семьи или лиц, осуществляющих уход, услуги питания, транспортные и другие услуги для участников, которые отвечают требованиям на их получение.



Услуги реабилитации: лечение, направленное на восстановление после болезни, происшествия, травмы или серьезного хирургического вмешательства. Для получения более подробной информации об услугах реабилитации см. **главу 4** данного *справочника участника*.

Участник (участник нашего плана или участник плана медицинского страхования): лицо, участвующее в программах Medicare и Medi-Cal и соответствующее критериям программ для получения покрываемых услуг, чье участие в нашем плане утверждено центрами услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) и штатом.

Учреждение квалифицированного сестринского ухода (Skilled nursing facility, SNF): учреждение сестринского ухода, в котором персонал и оборудование соответствуют критериям квалифицированного сестринского ухода, и в котором в большинстве случаев предоставляют квалифицированные услуги реабилитации и другие родственные медицинские услуги.

Хоспис: программа по уходу и поддержке для неизлечимо больных людей, предназначенная для поддержания более комфортного образа жизни. Смертельный диагноз означает, что человек был официально признан неизлечимо больным, что означает ожидаемую продолжительность жизни 6 месяцев или меньше.

- Неизлечимо больной участник плана медицинского страхования имеет право выбора хосписа.
- Специально обученная команда профессиональных сотрудников и сиделок обеспечат такому лицу полный уход, в том числе помогут удовлетворить все его физические, эмоциональные, социальные и духовные потребности.
- Мы обязаны предоставить Вам список поставщиков хосписных услуг в Вашем районе.

Центр или учреждение сестринского ухода: учреждение, предоставляющее медицинское обслуживание людям, которые не могут получить его дома, но которым не требуется пребывание в больнице.

Центры услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): федеральное агентство, отвечающее за работу Medicare. В главе 2 данного *справочника участника* дано объяснение того, как можно связаться с CMS.

Часть А: см. «Часть А программы Medicare».



Часть А программы Medicare: программа Medicare, покрывающая большую часть необходимого медицинского обслуживания в больницах, учреждениях квалифицированного сестринского ухода, медицинского ухода на дому и в хосписе.

Часть В: см. «Часть В программы Medicare».

Часть В программы Medicare: программа Medicare, которая покрывает услуги (например, лабораторные анализы, хирургические операции и посещения врача) и товары (например, инвалидные кресла и ходунки), необходимые по медицинским показаниям для лечения заболевания или состояния. Часть В программы Medicare покрывает большое количество профилактических и скрининговых процедур.

Часть С: см. «Часть С программы Medicare».

Часть С программы Medicare: программа Medicare, также известная как план Medicare Advantage, или MA, позволяющая частным медицинским страховым компаниям предоставлять льготы Medicare через план MA.

Часть D: см. «Часть D программы Medicare».

Часть D программы Medicare: программа Medicare по страховому покрытию рецептурных препаратов. Сокращенно данная программа называется «Часть D». Часть D программы Medicare оплачивает амбулаторные рецептурные лекарственные препараты, вакцины и некоторые принадлежности, не покрываемые частями А или В программы Medicare или программой Medicaid. Наш план включает часть D программы Medicare.

Экстренная медицинская помощь: покрываемые планом услуги поставщика, обученного предоставлять услуги скорой помощи, необходимые для лечения экстренной медицинской или психической проблемы.

Интегрированный план D-SNP: двойной план обслуживания лиц с особыми медицинскими потребностями, который покрывает услуги программы Medicare и большинство или все услуги программы Medicaid в рамках единого плана медицинского страхования для определенных групп лиц, имеющих право как на Medicare, так и на Medicaid. Такие лица известны как лица с правом на участие в двух программах страхования для использования полного спектра льгот.



Отдел обслуживания участников плана L.A. Care Medicare Plus

ЗВОНИТЕ:	1-833-522-3767 Звоните по этому номеру бесплатно, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Отдел обслуживания участников также предоставляет бесплатные услуги устного перевода для лиц, не говорящих по-английски.
Линия ТТУ:	711. Этот номер требует наличия специального телефонного оборудования и предназначен для лиц с нарушениями слуха или речи. Звоните по этому номеру бесплатно, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
ФАКС:	1-213-438-5712
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
ВЕБ-САЙТ:	medicare.lacare.org





L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.



Звонок бесплатный: **1.833.522.3767** | линия ТТУ: **711**



lacare.org